

Intervenção Psicomotora com alunos com Perturbações do Espectro do Autismo do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Celeste Rocha Simões, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Professora Doutora Elisabete Alexandra Pinheiro Monteiro, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Ana Lúcia Lourenço Baião

2017

Muitas vezes nos perguntamos que mundo deixaremos às nossas crianças. Devemos também perguntar: que crianças deixaremos ao mundo?

Papa Francisco (cit in Luhnnow & Muñoz, 2013)

AGRADECIMENTOS

Primeiro de tudo, quero agradecer aos pais e aos alunos que participaram, porque sem o seu consentimento este trabalho não seria possível. Agradeço também a dedicação e empenho dos alunos que estiveram sempre prontos a receber-me com um sorriso no rosto e de braços abertos para aprender. Foi graças a vocês que este trabalho foi possível!

De valorizar e de agradecer também toda a disponibilidade, compreensão e apoio dado pela orientadora académica, a Professora Paula Lebre, que me orientou sempre no sentido de melhorar a qualidade do presente documento, bem como ir de encontro às minhas expetativas e ideias. Obrigada Professora! Por seu lado, aos orientadores locais, Daniel Rodrigues e Ana Garcia, tenho a agradecer a vossa dedicação, empenho e incentivo à reflexão, ao trabalho em equipa e apoio no meu crescimento, sendo que o Daniel foi mais um companheiro incansável na componente prática, nas reuniões, redação de relatórios e convívios, ao passo que a Ana esteve mais presente em questões técnicas. Enquanto equipa académica, tenho ainda a agradecer às minhas lindas e queridas colegas de estágio, Ariana e Liliana, que tornaram as sessões muito mais descontraídas e divertidas, contribuindo também para reflexões conjuntas do trabalho realizado com os alunos, o que melhorou as nossas competências profissionais e fortaleceu laços de amizade.

Agradeço a toda a Equipa do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves que me recebeu de braços abertos, foram muito acessíveis e disponíveis para as minhas dúvidas, sugestões e partilhas, apoiaram-me e acarinharam incondicionalmente. Um obrigada em especial para: a UEE da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, à professora Flávia e à professora Mónica de ensino especial, à D. Celeste e à D. Ana; no J.I. da EB1/JI José Ruy à educadora Sofia; na UEE da EB1/JI José Ruy, à professora Tânia e ao professor Hugo de ensino especial, à D. Antónia e à D. Fernanda; na UEE da EB1/JI Condes da Lousã, à professora Anabela de ensino especial, à D. Paula e à D. Marina.

À minha *team da biblioteca*, Bia Tanora, Joana Gonçalves, Lena e Joana Alves um muito obrigada, tenho muito prazer e orgulho por ter integrado este grupo de trabalho que tem tanto sentido de humor, diversidade, energia e ideias para dar. Um especial obrigada à Lena que foi a minha companheira assídua deste percurso académico e que esteve sempre presente nos melhores e nos piores momentos. À Joana Alves tenho a agradecer todo o apoio que me deu a criar novas rotinas na faculdade, desde as caminhadas, aos passeios ao pôr-do-sol, almoços, lanches e momentos reflexivos. Quero agradecer ao André, que além de ter contribuído a nível gráfico para parte deste documento, é uma pessoa muito especial para mim, que me apoiou incondicionalmente e acreditou sempre no sucesso deste projeto. Ao Ricardo que me incentivou ao longo deste percurso e que esteve lá para os debates mais profundos até aos dilemas mais chatos. À Inês Teixeira, que com os seus abraços e com as suas palavras parece que resolve todos os problemas e tudo fica mais fácil. Obrigada também a todos os amigos e colegas que de alguma forma estiveram presentes nesta fase da minha vida.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer aos meus familiares, em particular ao meu irmão Pedro que é um dos pilares da minha vida, que me faz rir das coisas mais bizarras e que me apoia, compreende e acompanha como mais ninguém o faz, à minha mãe que com as suas palavras e com a sua ternura me acalma em segundos e ao meu pai que acredita e tem um orgulho em mim tão grande que me enche o coração de felicidade. Um muito obrigada a todos!

RESUMO

O presente relatório tem como principal objetivo a descrição do trabalho desenvolvido no estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais descrevendo a intervenção psicomotora realizada com os alunos do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves no ano letivo 2015/2016. Esta englobou o apoio a 24 alunos com idades entre os 6 e os 18 anos sinalizados com Necessidades Educativas Especiais, integrados nas Unidades de Ensino Estruturado deste Agrupamento direcionadas para o apoio de alunos com Perturbações do Espectro do Autismo. Neste documento apresenta-se uma revisão de literatura sobre a população apoiada, modelos de intervenção psicomotora, o enquadramento legal e institucional, descrição geral dos casos acompanhados e descrição detalhada de dois estudos de caso acompanhados em apoio individual e um estudo de caso de apoio em grupo. Neste âmbito descreve-se a intervenção psicomotora em ginásio, de cariz individual e grupal, bem como as avaliações iniciais e finais com os respetivos planos de intervenção. Através dos resultados obtidos concluiu-se que a intervenção psicomotora individual conduziu a melhorias no equilíbrio, na praxia global e no comportamento, ao passo que a intervenção psicomotora grupal apresentou benefícios nas relações emocionais.

Palavras-Chave: Intervenção Psicomotora, Perturbações do Espectro do Autismo, Inclusão, Avaliação Psicomotora, Escola, Unidade de Ensino Estruturado, Necessidades Educativas Especiais, Dança, Intervenção Individual, Intervenção Grupal.

ABSTRACT

The main purpose of this report is the description of the developed work in the Curricular Unit for Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, describing the psychomotor intervention performed with the students of the Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves in 2015/2016. This included the support of 24 students aged 6 to 18 signaled with Special Educational Needs, integrated into Structured Teaching Units directed to the support of students with Autism Spectrum Disorders. This document presents a literature review on the population supported, psychomotor intervention models, the legal and institutional framework, the general description of the cases followed and the detailed description of two case studies followed in individual support and a study in group support. In this subject a psychomotor intervention in gymnasium, of individual and group character, as well as like day of initials and endings with the respective plans of intervention is described. Through the results obtained it was concluded that individual psychomotor intervention led to improvements in equilibrium, in global praxis and in the behavior, while psychomotor group intervention presented benefits in emotional relationships.

Keywords: Psychomotor Intervention, Autism Spectrum Disorders, Inclusion, Psychomotor Evaluation, School, Structured Teaching Unit, Special Educational Needs, Dance, Individual Intervention, Group Intervention.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
1. Perturbações do Espectro do Autismo	2
1.1. Perspetiva Histórica	2
1.2. Etiologia	3
1.3. Diagnóstico	4
1.4. Perfil Funcional	5
1.4.1. Desenvolvimento Motor.....	7
1.5. Comorbilidades	8
1.6. Prevalência	8
2. Enquadramento Legal e Ensino Inclusivo.....	9
2.1. Unidades de Ensino Estruturado.....	10
2.1.1. Modelo TEACCH.....	12
2.2. Centros de Recursos para a Inclusão	13
3. Intervenção com PEA.....	14
3.1. Modelos de intervenção	14
3.1.1. Farmacológica	15
3.1.2. Applied Behavioral Analysis (ABA).....	16
3.1.3. Programa Floortime (DIR)	16
3.1.4. Integração Sensorial	17
3.2. Intervenção Psicomotora.....	19
3.2.1. Intervenção Psicomotora no âmbito de Estágios Profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora – FMH /UL	22
3.2.1.1. Intervenção psicomotora em ginásio/sala.....	24
3.2.1.2. Intervenção psicomotora em meio aquático	26
3.2.2. Intervenção em Contexto escolar.....	26
3.2.2.1. Dança	28
3.2.2.2. Música	29
3.2.2.3. Práticas Desportivas	30
4. Intervenção com recurso ao Modelo da Resiliência	30
5. Caracterização Institucional	31
5.1. Missão e Objetivos.....	32
5.2. População Alvo	32
5.3. Serviços e Valências	33
5.3.1. Recursos Humanos.....	33

5.3.2.	Recursos Estruturais.....	33
5.4.	Espaço Físico – Sessões de Intervenção Psicomotora	34
5.5.	Extensão para a comunidade.....	36
5.6.	Organização.....	36
6.	Contexto Funcional	36
6.1.	Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na AGAN.....	37
III.	REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	37
1.	Contextos de Intervenção	38
1.1.	Calendarização das Atividades e Horário do Estágio	39
1.1.1.	Cronograma de Procedimentos do Estágio	39
1.1.1.	Horário do Estágio	39
1.1.2.	Calendarização das Sessões.....	41
2.	Objetivos Gerais das Atividades de Estágio	41
2.1.	Intervenção Psicomotora.....	43
2.1.1.	EB1/JI José Ruy	46
2.1.2.	EB1/JI Condes da Lousã.....	46
2.1.3.	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves.....	47
2.2.	Relação com outros profissionais e família	48
3.	Processo de Intervenção.....	48
3.1.	Planeamento da Intervenção.....	49
3.2.	Avaliação	49
3.2.1.	Instrumentos da Avaliação	49
3.2.1.1.	GAP-1 e GAP-2 (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012)	50
3.2.1.2.	LOFOPT (Coppenolle et al., 1989)	52
3.2.1.3.	EAMA (AGAN, 2015b adaptado de APPDA, 2013)	53
3.1.2.4.	SDQ (Fleitlich et al., 2014 traduzido de Goodman et al., 2010)	53
3.1.2.5.	PEP-3 (APPDA, 2010 versão traduzida de Schopler et al., 2005)	54
3.2.2.	Condições de Avaliação.....	54
3.3.	População Apoiada	55
3.4.	Estudos de Caso.....	56
3.4.1.	Estudo de Caso A.P.....	57
3.4.1.1.	Caraterização do A.P.	57
3.4.1.1.1.	Dados gerais.....	57
3.4.1.1.2.	Historial Clínico.....	57
3.4.1.1.3.	Historial Familiar	58
3.4.1.1.4.	Historial Académico	58

3.4.1.1.5. Semana Tipo	58
3.4.1.2. Resultados da Avaliação pelo SDQ: técnica, educadora e mãe	59
3.4.1.3. Resultados da Avaliação: Sessões Individuais em Ginásio	61
3.4.1.3.1. Avaliação Inicial	61
3.4.1.3.2. Plano de Intervenção	64
3.4.1.3.3. Avaliação Final	66
3.4.1.3.4. Recomendações para continuidade da intervenção	70
3.4.1.4. Discussão de Resultados & Reflexão	72
3.4.2. Estudo de Caso B.C.	75
3.4.2.1. Caracterização do B.C.	75
3.4.2.1.1. Dados Gerais	75
3.4.2.1.2. Historial Clínico	75
3.4.2.1.3. Historial Familiar	76
3.4.2.1.4. Historial Académico	76
3.4.2.1.5. Semana Tipo	77
3.4.2.2. Avaliação pelo SDQ	77
3.4.2.3. Resultados da Avaliação: Sessões Individuais em Ginásio	78
3.4.2.3.1. Avaliação Inicial	78
3.4.2.3.2. Plano de Intervenção	81
3.4.2.3.3. Avaliação Final	82
3.4.2.3.4. Recomendações para continuidade da intervenção	84
3.4.2.4. Discussão de Resultados & Reflexão	85
3.4.3. Estudo de Caso: Grupo de Dança & Movimento	87
3.4.3.1. Caracterização do Grupo	87
3.4.3.2. Plano de Intervenção	88
3.4.3.3. Resultados: Avaliação Inicial e Final	89
3.4.3.4. Recomendações para continuidade de intervenção	90
3.4.3.5. Discussão de Resultados & Reflexão	91
4. Atividades Complementares	93
4.1. Atividades Extracurriculares	93
4.2. Construção de Materiais	94
4.3. Formação	95
5. Dificuldades e Limitações	96
IV. CONCLUSÃO	98
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
VI. ANEXOS	116

ANEXO I – Estágios profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora na FMH.....	116
ANEXO II – Planos de Sessão: Exemplos	125
i. Intervenção em Meio Aquático - Plano de sessão nº 2	125
ii. Projeto da Dança & Movimento - Plano de sessão nº 6	126
iii. Psicomotricidade em Ginásio Individual - Plano de sessão nº 4	128
ANEXO III – Adaptação da <i>Checklist</i> do PEP-3 aplicado ao A.P.....	130
ANEXO IV – Análise da SDQ do A.P. por Escalas	132
ANEXO V – Caracterização do Grupo de Dança & Movimento	133
EB1/JI José Ruy	133
EB1/JI Condes da Lousã	134
EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves	135
ANEXO VI – Cartões do Jogo da Glória adaptado	137
ANEXO VII – Tarefas na Piscina	139
ANEXO VIII – PowerPoint do Seminário	140

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Instrumentos de despiste e diagnóstico das PEA.....	5
Tabela 2 – Tratamentos e modelos de intervenção em PEA (adaptado da Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista, 2017).....	15
Tabela 3 – Estratégias de Intervenção com PEA (adaptado de Llinares & Rodríguez, 2003)	20
Tabela 4 – Estágios Profissionalizantes no Mestrado de Reabilitação Psicomotora com intervenção com PEA	22
Tabela 5 – Benefícios em contexto de ginásio por tipologia de intervenção.....	25
Tabela 6 – Benefícios da utilização da dança em intervenção	28
Tabela 7 – Benefícios da utilização da música em intervenção	29
Tabela 8 – Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na AGAN.....	37
Tabela 9 – Contextos de Intervenção	38
Tabela 10 – Cronograma de procedimentos de estágio.....	39
Tabela 11 – Horário de Estágio do 1º Período	40
Tabela 12 – Horário de Estágio do 2º e 3º Período.....	40
Tabela 13 – Calendarização das Sessões	41
Tabela 14 – Objetivos Gerais da Estagiária na AGAN	42
Tabela 15 – Objetivos Gerais das Atividades de Estágio	42
Tabela 16 – Instrumentos utilizados consoante os alunos	50
Tabela 17 – Caracterização da População distribuída pelas atividades de estágio	55

Tabela 18 – Horário escolar do A.P.	59
Tabela 19 – Scores Totais do SDQ do A.P. preenchida pela técnica, educadora e mãe .60	
Tabela 20 – Plano de Intervenção do A.P. para o 2º e 3º Período	65
Tabela 21 – Plano de Intervenção do A.P. para o ano letivo 2016/2017	71
Tabela 22 – Horário escolar do B.C.	77
Tabela 23 - Scores Totais do SDQ do B.C. preenchida pela técnica	78
Tabela 24 - Plano de Intervenção do B.C. para o 2º e 3º Período.....	81
Tabela 25 – Plano de Intervenção do B.C. para o ano letivo 2016/2017	84
Tabela 26 – Caracterização do Grupo de Dança & Movimento.....	87
Tabela 27 – Plano de Intervenção do Grupo de Dança & Movimento	88
Tabela 28 – Avaliação Inicial e Final do Grupo de Dança & Movimento pela LOFOPT	89
Tabela 29 – Calendarização dos treinos de boccia	93
Tabela 30 – Síntese da Revisão de Literatura dos Relatórios de estágio profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora na FMH	116
Tabela 31 – Adaptação da Checklist do PEP-3 aplicada ao A.P.....	130
Tabela 32 – Análise da SDQ do A.P. por Escalas.....	132

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Psicomotricidade na Europa (adaptado de European Forum of Psychomotricity, 2017)	19
Gráfico 2 – Benefícios referidos em contexto de ginásio/sala	24
Gráfico 3 – Benefícios referidos em meio aquático	26
Gráfico 4 – Avaliação Inicial do A.P. pela GAP-1	62
Gráfico 5 – Avaliação Inicial e Final do A.P. pela GAP-1	67
Gráfico 6 – Avaliação Inicial do B.C. pela GAP-2.....	79
Gráfico 7 – Avaliação Inicial e Final do B.C. pela GAP-2	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organização Hierárquica	36
Figura 2 – Formas de expressão do Jogo da Glória adaptado.....	137
Figura 3 – Categorias do Jogo da Glória adaptado.....	138
Figura 4 – Tarefas na Piscina	139
Figura 5 – Exemplos de cartões para colocar nas Tarefas da Piscina	139

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA – Applied Behavioral Analysis;
ACS – Associação Crescer com Sentido;
AFID – Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa com Deficiência;
AGAN – Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves;
AGD – Atraso Global do Desenvolvimento;
APA – American Psychiatric Association;
APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade;
APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo;
CADin – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil;
CDC-HGH – Centro de Desenvolvimento da Criança-Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Horta;
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;
CRI – Centros de Recursos para a Inclusão;
DC – Défice Cognitivo;
DGE – Direção-Geral da Educação;
DGEEC – Direção-Geral de Estatísticas de Educação e Ciência;
DIR – Developmental, Individual-differences, & Relationship-based model;
DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ª Edição);
DSM-IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª Edição);
EAMA – Escala de Adaptação ao Meio Aquático;
EB – Escola Básica;
FMH – Faculdade de Motricidade Humana;
GAP-1 – Grelha de Avaliação Psicomotora de 1º Ciclo;
GAP-2 – Grelha de Avaliação Psicomotora de 2º Ciclo;
JI – Jardim de Infância;
LOFOPT – Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora;
NEE – Necessidades Educativas Especiais;
PEA – Perturbações do Espectro do Autismo;
PEI – Programa Educativo Individual;
PEP-3 – Perfil Psicoeducacional (3ª Edição);
PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção;
PIT – Plano Individual de Transição;
PLVF – Perturbação da Linguagem, Voz e Fala;
PM – Psicomotricidade;
PN – Perturbação Neurológica;
S – Sinequia;
SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades;
SLA – Síndrome de Linfoproliferativo Auto-imune;
SPW – Síndrome de Prader Wili;
SX – Síndrome de X-frágil;
TEACCH – Treatment and Educating of Autistic and related Communication Handicapped Children;
TSLAT – Texas Statewide Leadership for Autism Training;
UEE – Unidade de Ensino Estruturado.

I. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como principal objetivo a descrição do trabalho desenvolvido no estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º ano de Mestrado de Reabilitação Psicomotora, integrado na Faculdade de Motricidade Humana (FMH), na Universidade de Lisboa. Neste documento será descrita a intervenção psicomotora realizada com os alunos do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves no ano letivo 2015/2016. Foram apoiados 24 alunos com idades entre os 6 e os 18 anos sinalizados com Necessidades Educativas Especiais (NEE), estando, a maioria, integrados em Unidades de Ensino Estruturado (UEE) direcionadas para o apoio de alunos com Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). As sessões de intervenção psicomotora foram desenvolvidas em contexto de ginásio, com cariz individual e grupal, e em meio aquático de cariz grupal.

A intervenção psicomotora ao ser uma área transdisciplinar (Fonseca, 2010), torna-se crucial no contexto escolar ao incidir na construção de um desenvolvimento saudável e adequado promovendo um ajustamento positivo ao nível motor, psicossocial e educativo do aluno (Vieira, Batista & Lapierre, 2005). Nas PEA, a intervenção psicomotora tem um potencial na redução de sintomas e comportamentos característicos desta perturbação ao longo do desenvolvimento (APA, 2014), proporcionando benefícios ao nível dos fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina), ao nível da linguagem e comunicação, das competências cognitivas, das competências sociais e ao nível comportamental (e.g. Carvalho, 2016; Gonçalves, 2011).

Em termos de estrutura, o Capítulo I inicia-se com a Introdução, seguindo-se o Capítulo II relativo ao Enquadramento da Prática Profissional, onde se realiza uma revisão de literatura sobre a população apoiada, o enquadramento legal e institucional, modelos de intervenção e intervenção psicomotora nas PEA, a caracterização institucional e a descrição do contexto funcional. No Capítulo III apresenta-se a Realização da Prática Profissional que engloba os contextos de intervenção, os objetivos gerais das atividades do estágio e o processo de intervenção incluindo a descrição geral dos alunos acompanhados, uma descrição específica de dois estudos de caso individuais e de um grupo, com as respetivas intervenções em contexto de ginásio, bem como as avaliações iniciais e finais com respetivos planos de intervenção. Seguidamente é realizada uma análise dos resultados obtidos na intervenção psicomotora. Por fim, são descritas as atividades complementares, as dificuldades e as limitações. No Capítulo IV apresenta-se a Conclusão, no Capítulo V as Referências Bibliográficas e no Capítulo VI os Anexos.

II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

1. Perturbações do Espectro do Autismo

As Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) são uma perturbação do neurodesenvolvimento que apresenta défices persistentes na comunicação e na interação social em vários contextos e nos padrões repetitivos e restritos ao nível do comportamento, interesses e atividades, sendo o grau de severidade medido através destes dois parâmetros (American Psychiatric Association [APA], 2014). Os sintomas da PEA estão presentes desde o período inicial do desenvolvimento, causando um prejuízo significativo na vida do sujeito (APA, 2014).

1.1. Perspetiva Histórica

O termo Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), tem origem no autismo do grego “autos” que significa “o próprio” e o seu sufixo “-ismo” que remete para o estado em que a pessoa tem tendência para se centrar em si e alienar-se da realidade exterior (Camargo & Bosa, 2009; Jacobson, Mullick & Rojahn, 2007). Por seu lado, “espectro” indica que existem muitas variantes e expressões parciais de uma determinada perturbação em pessoas com condições de risco semelhantes (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2008).

Desta forma, tem-se a primeira utilização do termo “autismo”, em 1798 com Jean-Marc Gaspard para caracterizar Victor, o Menino Selvagem de Aveyron, como uma criança com alterações no desenvolvimento, nomeadamente limitações a nível cognitivo, social e de linguagem (Itard, 1932 cit. in Cook & Wilmerdinger, 2015). Em 1910, Eugen Bleuler associou o “autismo” a um pensamento autocentrado que se considerava típico da esquizofrenia (Gilberg, 2007), caracterizando-se por uma fuga ao contacto social, indiferença ao afeto dos outros e desinteresse face ao exterior (Filipe, 2012).

No início do século XX, algumas teorias consideravam que a origem do “autismo infantil” estava em fatores psicológicos ou emocionais, sobretudo nos estilos parentais adotados (Toro, 2013). Em 1943, Kanner publica o artigo *Autistic Disturbances of Affective Contact* onde constituiu o “autismo infantil” como uma síndrome com características únicas: incapacidade de desenvolver relação desde o início do desenvolvimento, rotinas rígidas, sensibilidade sensorial, alterações na linguagem, dificuldades na socialização, medos incomuns, interesses atípicos, dificuldades na marcha e em tarefas de praxia global (Kanner, 1943). Em 1944, Hans Asperger publica a sua tese de doutoramento *Psicopatia Autística na Infância* onde descreve um conjunto de características que se assemelhavam às apresentadas por Kanner em 1943, o que indicava a possível existência de uma

entidade nosológica específica, contudo até ao início dos anos 60, o conceito de “autismo” manteve-se abrangente, com predominância do conceito de “esquizofrenia infantil” (Filipe, 2012). Em 1960 as investigações começaram a excluir as causas parentais como explicação para o “autismo”, iniciando-se estudos com incidência nos mecanismos biológicos e comportamentais (Cook & Wilmerdinger, 2015).

Nos anos 70 o “autismo” passou a ser reconhecido e caracterizado a partir dos conceitos de Kanner com o trabalho de Lorna Wing e Judith Gould, surgindo os conceitos “espectro do autismo” e “comorbilidade” (Filipe, 2012). A tríade sintomática do autismo surge em 1985 com Uta Frith, Alan Leslie e Baron-Cohen (Baron-Cohen, 1995 cit in. Gillberg, 2007) e o conceito de “Síndrome de Asperger” surge com Wing e Gillberg para descrever o tipo de autismo de elevada funcionalidade (Gillberg, 2007).

Em 2014 ao ser publicado o DSM-5, as PEA deixaram de ser caracterizadas por uma tríade sintomática, englobando agora défices em dois domínios nucleares: a comunicação e interação social; e os padrões repetitivos ou restritos ao nível do comportamento, interesses e atividades (APA, 2014).

Existem várias teorias que tentam explicar os sintomas presentes nas PEA. A Teoria da Mente (Baron-Cohen, 2001) que pressupõe a capacidade de atribuir estados mentais a si próprio e aos outros, estando esta capacidade comprometida em algumas pessoas com PEA ao existir distanciamento afetivo e falta de empatia com os outros (Filipe, 2012). A Teoria da Coerência Central (Happé & Frith, 2006) que defende que o défice no processamento central tem origem numa falha na compreensão do significado global, daí as pessoas com PEA terem preferência pelo detalhe. Por sua vez, a Teoria das Funções Executivas (Ozonoff, Pennington & Rogers, 1991) sugere que existe um comprometimento do córtex pré-frontal que resulta nos défices ao nível das funções executivas o que pode explicar as dificuldades de planeamento e execução presente em pessoas com PEA. Um défice ao nível do funcionamento dos neurónios-espelho pode ser a hipótese que gera as dificuldades na imitação, conduzindo a dificuldades de interação social nas pessoas com PEA (Hamilton, Brindley & Frith, 2007). Surgiu ainda a Hipótese da Diátese Afetiva (Greenspan, 2001) que sugere que os défices nas interações afetivas nas PEA influenciam a autorregulação, a comunicação e a criação de significados.

1.2. Etiologia

Apesar das bases genéticas relativas ao fenótipo ainda não serem conhecidas (Federação Portuguesa de Autismo, 2015), tem existido um aumento do conhecimento sobre neurodesenvolvimento, ao nível das funções cognitivas, linguagem e socialização, o que

permite classificar as PEA como uma perturbação do desenvolvimento do sistema nervoso central (Filipe, 2012).

As causas exatas das PEA continuam desconhecidas (Howsmon, Kruger, Melnyk, James & Hahn, 2017), sendo que o que se sabe é que existe uma forte componente genética em conjunto com alterações neuroanatômicas ou bioquímicas durante o período pré e perinatal, o que torna pouco provável a possibilidade de uma causa pós-natal (Taylor, 2006). No entanto, não existe ainda uma concordância absoluta entre os estudos recentemente publicados, visto que alguns investigadores apontam que a componente genética justifica o mesmo risco de desenvolver PEA que os fatores ambientais (Sandin, Lichtenstein, Kuja-Halkola, Larsson, Hultman & Reichenberg, 2014), ao passo que outros estudos indicam que os fatores genéticos se assumem mais fortes (Tick, Bolton, Happé, Rutter & Rijsdijk, 2016).

1.3. Diagnóstico

O diagnóstico das PEA é clínico e baseado em entrevistas clínicas, na avaliação do desenvolvimento e na avaliação do comportamento, não existindo exames laboratoriais que permitam ou sugiram o diagnóstico (Filipe, 2014), estando os seus critérios definidos no DSM-5 (APA, 2014). Os critérios consistem na presença de défices persistentes na comunicação e interação social em vários contextos; e padrões repetitivos e restritos ao nível do comportamento, interesses e atividades presentes em duas ou mais das seguintes situações: 1) movimentos motores estereotipados ou repetitivos (e.g. presentes na fala, no uso de objetos); 2) adesão inflexível a novas rotinas, padrões de pensamento e rituais muito rígidos; 3) muitas restrições, interesses fixos com intensidade ou foco atípico; e 4) hiper ou hipo-reactividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em alguns estímulos. Estes sintomas estão presentes desde o período inicial do desenvolvimento e causam prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas de funcionamento importantes, não podendo o diagnóstico de PEA ser explicado por outra perturbação (APA, 2014). O diagnóstico de PEA apresenta três graus de severidade: grau 1 “Exige apoio”, grau 2 “Exige apoio substancial” e grau 3 “Exige apoio muito substancial”, sendo a gravidade baseada nos comprometimentos presentes na comunicação, interação social e nos padrões de comportamento restritos e repetitivos (APA, 2014).

Recentes investigações indicam a existência de um método através de biomarcadores metabólicos que permite identificar a presença ou ausência de PEA através de uma amostra de sangue, o que pode no futuro facilitar o diagnóstico (Howsmon et al., 2017). No entanto, os autores salientam que são necessários mais estudos para que se perceba melhor quais os processos metabólicos envolvidos e o modo como estes podem interferir

nos sintomas das PEA, mantendo-se a necessidade de tomar uma decisão face a um diagnóstico no seio de uma equipa multidisciplinar (Howsmon et al., 2017).

Enquanto instrumentos de despiste e diagnóstico das PEA, a tabela 1 apresenta alguns exemplos de instrumentos publicados entre 2003 a 2012 descrevendo a sua tipologia em relação às idades abrangidas, tempo de administração e formato. Da pesquisa realizada, não foram encontradas versões portuguesas validadas destes instrumentos.

Tabela 1 – Instrumentos de despiste e diagnóstico das PEA

Instrumento	Idade	Tempo de administração	Formato
Autism Diagnostic Interview Revised: ADI-R (Rutter, LeCouteur & Lord, 2003)	Crianças e adultos com idade mental < 2 anos	90 a 150 minutos	Entrevista
Psychoeducational Profile, Third Edition: PEP-3 (Schopler, Lansing, Reichler, & Marcus, 2005)	6 meses aos 7 anos	45 a 90 minutos	Observação
Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up: M-CHAT-R/F (Robins, Fein & Barton, 2009)	16 a 30 meses	2 minutos	Checklist
Childhood Autism Rating Scale, 2nd Edition: CARS2 (Schopler, Van Bourgondien, Wellman & Love, 2010)	> 2 anos	5 a 10 minutos	Checklist
Autism Diagnostic Observation Schedule 2nd Edition: ADOS-2 (Lord, Rutter, <i>et al.</i> , 2012)	12 meses até adultos	40 a 60 minutos	Observação

1.4. Perfil Funcional

A trajetória de desenvolvimento das PEA ainda não é muito conhecida (Van Heijst & Geurts, 2015), persistindo ao longo da vida e com possíveis alterações na sintomatologia de acordo com a idade (APA, 2014). A manifestação precoce das PEA costuma surgir entre os 12 e os 24 meses com falta de interesse em interações sociais, em mostrar, apontar ou trazer objetos para partilhar com outros, incapacidade em seguir o olhar de alguém (APA, 2014), ausência de jogo simbólico, reduzido contacto físico e visual, ausência de vocalizações e ausência de reconhecimento da voz materna (Filipe, 2012). Até aos 2 anos é possível acontecerem estagnações ou regressões do desenvolvimento com deterioração gradual ou rápida nos comportamentos sociais ou no uso da linguagem (APA, 2014).

Após os 2 anos surgem atrasos no desenvolvimento da linguagem, sendo a aquisição da linguagem verbal tardia ou anómala (Filipe, 2012). Nestas idades surge uma ausência de interesse social ou interesses sociais incomuns, padrões atípicos de brincadeiras e de comunicação, ausência de jogo social partilhado e de imaginação, bem como comportamentos atípicos e repetitivos (APA, 2014). A frequência e intensidade com que

acontecem estes sintomas são essenciais para distinguir clinicamente o típico do atípico (APA, 2014).

Na primeira infância e nos primeiros anos de vida escolar os sintomas são frequentemente mais acentuados (APA, 2014). Desta forma, a partir dos 5/6 anos, idade escolar, os sintomas das PEA tornam-se mais evidentes, por a criança ser forçada a socializar e ser incutida a participar nas aulas (Filipe, 2012), apresentando pouca ou nenhuma iniciativa de interação social, imitação do comportamento dos outros reduzida ou ausente, linguagem muitas vezes unilateral e nenhuma partilha de emoções, capacidades adaptativas reduzidas e muitas dificuldades no planeamento e organização (APA, 2014). Competências como o jogo simbólico e interpretação de conteúdos não explícitos continuam comprometidas, existindo dificuldade em aceitar a mudança, presença de rotinas rígidas, interesses obsessivos, dificuldades de coordenação e peculiaridades posturais (Filipe, 2012). Estas características podem comprometer as aprendizagens e tornar os cuidados/rotinas diárias extremamente difíceis (APA, 2014).

Na maior parte dos casos, existem ganhos em algumas áreas do desenvolvimento no final da infância e melhorias no comportamento (APA, 2014). Apesar disso, a adolescência é marcada por dificuldades na criação de relações de amizade, devido à incompreensão de regras e códigos sociais, falta de interesses comuns, empatia reduzida, dificuldade em entender o humor, maneirismos, peculiaridades de linguagem, evitamento do olhar e leitura literal do mundo, o que contribui frequentemente para situações de *bullying* (Filipe, 2012).

Na vida adulta, as PEA afetam a relação interpessoal e a autonomia, com tendência para comportamentos mais formais ou isolados (Filipe, 2012). Apenas uma minoria dos adultos com PEA é capaz de arranjar trabalho, viver de forma independente e desenvolver relações significativas com os outros (APA, 2014; Van Heijst & Geurts, 2015), podendo ser indivíduos mais vulneráveis socialmente (APA, 2014). Os estudos sugerem que os sintomas menos severos das PEA contribuem para um melhor resultado na vida adulta (Van Heijst & Geurts, 2015), existindo muitos adultos com PEA que assumem a utilização de estratégias de compensação e mecanismos de *coping* para camuflar as suas dificuldades em público (APA, 2014). Contudo, apresentam uma maior propensão para a ansiedade e depressão, tendo dificuldades em obter a sua independência, devido à sua rigidez e dificuldade contínua em lidar com a mudança (APA, 2014). Esta questão faz com que a maioria dependa de terceiros, esteja sem intervenções e apoios apropriados, sendo esta uma das maiores preocupações dos pais de crianças com PEA, por recearem que os serviços disponíveis para os adultos não serem tão bons como os prestados na infância (Van Heijst & Geurts, 2015).

Na fase sénior, i.e., no envelhecimento, o conhecimento das consequências funcionais dos sintomas das PEA é escasso (APA, 2014), existindo informação sobre a presença de menos atipicidades sensoriais e menos comportamentos disruptivos nesta fase de desenvolvimento (Van Heijst & Geurts, 2015).

Os sintomas mantêm-se presentes ao longo da vida, tendo impacto no funcionamento social, profissional e/ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo com PEA. Com a existência de apoios, intervenção e estratégias adequadas as dificuldades podem ser atenuadas nalguns contextos, permitindo ao indivíduo com PEA adaptar-se socialmente. No entanto, esta adaptação pode exigir algum esforço e ansiedade, devido à necessidade de um planeamento consciente do que para a maioria das pessoas é socialmente intuitivo (APA, 2014).

Além destas características, estão presentes fatores de risco e prognósticos associados à presença de défices intelectuais e/ou da linguagem, problemas de saúde mental, autoagressões, comportamentos disruptivos/desafiantes, desfasamentos entre habilidades intelectuais e capacidades adaptativas, bem como a presença de défices motores (APA, 2014).

1.4.1. Desenvolvimento Motor

Kanner (1943) já descrevia a presença de défices no desenvolvimento motor, sendo os mais comuns nas PEA as dificuldades na marcha (e.g. andar na ponta dos pés), dispraxia, dificuldades na imitação, sinais motores atípicos, comportamentos catatónicos (e.g. sintomas como posturas inadequadas, flexibilidade cérea e mutismo) (APA, 2014), dificuldades no controlo postural (Vernazza-Martin et al., 2005) e nas competências motoras globais e finas (Provost, Lopez & Heimerl, 2007).

As dificuldades motoras em indivíduos com PEA têm sido referenciadas, nomeadamente ao nível de atrasos motores e défices de coordenação motora (Martin, 2014). Apesar das dificuldades motoras estarem associadas com as características específicas das PEA, estas não constituem o elemento central dos défices descritos na literatura (Martin, 2014). Porém, vários autores salientam que como os problemas motores estão frequentemente presentes (Fournier, Hass, Naik, Lodha & Caraugh, 2010), estes podem constituir um dos preditores para o diagnóstico (Miller, Chukoskie, Zinni, Townsend & Trauner, 2014).

De facto as dificuldades motoras aparecem precocemente em crianças com posterior diagnóstico de PEA, sendo possível identificar perturbações precoces desde os 4 meses de idade (Provost et al., 2007). Parece assim que um desenvolvimento motor atípico é mais frequente em crianças com PEA do que em crianças com desenvolvimento típico (Green et al., 2009) e surge desde tenra idade (Provost et al., 2007). Salienta-se que uma

intervenção, estratégias e apoios podem atenuar estas dificuldades e promover um desenvolvimento motor adequado (APA, 2014).

1.5. Comorbilidades

As PEA surgem frequentemente associadas a comorbilidades (APA, 2014; Filipe, 2012), sendo a epilepsia a comorbilidade neurológica mais comum. As perturbações do humor, onde se engloba a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e a depressão estão entre as comorbilidades psiquiátricas mais frequentes (Filipe, 2012). Em Portugal, a prevalência de epilepsia em crianças com PEA é de 15,8% (Oliveira et al., 2007), podendo as crises epiléticas ocorrer em qualquer idade, existindo tendencialmente um aumento ao longo da vida (Filipe, 2012). Por seu lado, a depressão atinge mais 50% das pessoas com PEA, onde os indivíduos passam por episódios recorrentes, frequentes, prolongados e graves, sendo a adolescência e o início da vida adulta períodos de risco acrescido (Filipe, 2012).

Os sintomas psiquiátricos são frequentes em indivíduos com PEA, existindo cerca de 70% dos indivíduos com PEA com uma perturbação mental comórbida e 40% com duas ou mais perturbações mentais comórbidas (APA, 2014). Quando os critérios de diagnóstico das PEA e de outras perturbações estão presentes, atribui-se ambos os diagnósticos, tal como se verifica no caso das perturbações de ansiedade, perturbações depressivas, PHDA, perturbação do desenvolvimento da coordenação (APA, 2014), perturbação bipolar, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de pânico e esquizofrenias (Filipe, 2012).

Outras comorbilidades que podem surgir são o comprometimento intelectual, défices na linguagem, mudanças do sono ou da alimentação, comportamentos de oposição, dificuldades de aprendizagem específicas e a perturbação do desenvolvimento da coordenação. Dentro da alimentação existem preferências alimentares extremas e reduzidas que podem persistir, podendo inclusive surgir uma perturbação evitante-restritiva da ingestão de alimentos (APA, 2014).

1.6. Prevalência

De acordo com a World Health Organization (2013), estima-se que a prevalência das PEA seja de 1 indivíduo em 160, contabilizando cerca de 7,6 milhões, 0,3% da população global, valores que tendem a aumentar nos últimos anos. Nos Estados Unidos da América estima-se que a prevalência das PEA tenha alcançado 1% da população, com valores similares noutros países em amostras de crianças e adultos, não sendo claro se este aumento reflete a expansão dos critérios diagnósticos do DSM-IV ao incluir casos limítrofes, maior sinalização, diferenças na metodologia utilizada nos estudos ou um aumento real na frequência da perturbação (APA, 2014).

Relativamente à população mundial em idade escolar, a prevalência das PEA varia entre 0,5% e 1% (Jacobson, Mullick & Rojahn, 2007). Em Portugal o número de alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) que frequentam as Unidades de Ensino Estruturado (UEE) para a educação de alunos com PEA, matriculados em escolas públicas, entre 2014/2015 e 2015/2016 aumentou 10,5%, ou seja, passou de 1 699 para 1 878 alunos, i.e., um aumento de 179 alunos (Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC], 2016). Comparando com o número de crianças e adolescentes residentes em Portugal entre os 3 e os 18 anos que é 6 116 651 (Carrilho, 2015) e face ao número de alunos presentes em UEE no ano letivo de 2015/2016, tem-se uma estimativa de 0,03% de alunos com PEA inseridos em escolas públicas (cálculos realizados com base nos dados presentes em Carrilho, 2015 e DGEEC, 2016).

Entre géneros, as PEA são superiores no género masculino (APA, 2014; Filipe, 2012), no entanto apesar do género feminino ter menos prevalência, tende a existir um maior comprometimento cognitivo e um menor compromisso social em comparação com o género masculino (Volkmar, Szatmari & Sparrow, 1993). Um estudo epidemiológico aponta para uma prevalência de 9,2 por cada 10000 crianças em Portugal continental e 15,6 por 10000 nos Açores, existindo uma relação entre o género masculino e o género feminino de 2:1 (Oliveira et al., 2007).

2. Enquadramento Legal e Ensino Inclusivo

É de referir que o conceito de educação para todos está presente desde 1948, no artigo 26º da Declaração Universal dos Direitos do Homem que assinala o direito à educação por todas as pessoas (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948). Em 1994, a Declaração de Salamanca dá um maior enfoque a esta questão ao serem propostas medidas relativas à inclusão de alunos com NEE em escolas regulares, assinalando os benefícios desta visão (UNESCO, 1994). Em Portugal, em 2005 surge a Lei n.º 49/2005 que reforça o direito à educação e à cultura para todos, com igual número de oportunidades no acesso e no sucesso escolar (Lei n.º 49/2005).

Na legislação, em vigor em Portugal, a Educação Especial visa a inclusão social e educativa com o objetivo de proporcionar sucesso, acesso à educação, autonomia, igualdade de oportunidades, estabilidade emocional, continuação de estudos e preparação para a vida pós-escolar ou profissional (Lei n.º 21/2008). No entanto, foi o Decreto-Lei n.º 3/2008 em janeiro que veio reforçar e clarificar muitas destas medidas, ao introduzir apoios especializados na educação do pré-escolar, ensino básico e secundário das escolas públicas. Com este decreto pretendeu-se responder às NEE dos alunos, mobilizando-se

serviços e apoios especializados, a adaptação de estratégias, recursos ou tecnologias de apoio implicando mudanças nos alunos e no contexto escolar (Decreto-Lei n.º 3/2008). A educação especial implica uma referenciação de crianças e jovens que possam necessitar dela (Decreto-Lei n.º 3/2008), sendo os resultados da avaliação tidos como base na construção do Programa Educativo Individual (PEI), com instrumentos de referência como a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Lei n.º 21/2008). Quando as NEE de carácter permanente não possibilitem ao aluno adquirir as aprendizagens e competências contempladas no currículo, três anos antes da idade limite de escolaridade obrigatória, a escola deverá realizar um Plano Individual de Transição (PIT), que deve promover a transição da escola para o mercado laboral (Decreto-Lei n.º 3/2008).

No ano letivo de 2015/2016 a educação dos alunos com NEE foi garantida em 99% por escolas regulares, sendo que 87% dessas escolas são públicas, o que revela uma maior aproximação a uma “educação inclusiva” (DGEEC, 2016). Por seu lado, dos alunos com NEE em escolas regulares apenas 13% não estão a tempo integral na sua turma, tendo currículos individuais específicos e/ou apoios em unidades especializadas inseridas na escola (DGEEC, 2016). Comparativamente com o ano letivo de 2014/2015 houve um aumento de 12,7% no número global de docentes com funções em educação especial nas escolas públicas, passando de 6 031 para 6 797 professores. As medidas educativas mais aplicadas foram o “apoio pedagógico personalizado” e as “adequações ao processo de avaliação” (DGEEC, 2016).

A introdução do conceito de Unidades de Ensino Estruturado (UEE) para alunos com PEA consta no artigo 25º (Decreto-Lei n.º 3/2008), sendo que em maio do mesmo ano, foi realizada uma reedição do Decreto-Lei n.º 3/2008, com alterações ao nível das unidades de ensino especializado, onde a informação relativa às UEE se manteve (Lei n.º 21/2008).

2.1. Unidades de Ensino Estruturado

De acordo com o artigo 25º do Decreto-Lei n.º 3/2008 as UEE são uma resposta educativa especializada direccionada para alunos com PEA ou alunos que se enquadrem nesta problemática, sendo desenvolvida em escola ou agrupamentos de escolas (Decreto-Lei n.º 3/2008). A organização destas unidades deve ser feita tendo em consideração as competências, nível de desenvolvimento, nível de ensino e idade do aluno (Decreto-Lei n.º 3/2008), sendo aconselhável um máximo de seis alunos por cada UEE (Pereira, 2008).

Em termos de objetivos as UEE pretendem: 1) promover a participação nas atividades curriculares e enriquecimento curricular com a turma de referência em que os alunos estão inseridos; 2) desenvolver e implementar o modelo de ensino estruturado com estratégias

e princípios baseados na informação visual que promovam organização do espaço, tempo, materiais e atividades; 3) aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que facilitem os processos de aprendizagem, autonomia e adaptação ao contexto escolar; 4) realização de adequações curriculares necessárias; 5) acompanhar e preparar o processo de transição para a vida pós-escolar; e 6) adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, com uma avaliação contínua das aprendizagens, do processo de ensino, bem como do envolvimento e participação da família (Decreto-Lei n.º 3/2008).

Os materiais, mobiliário e equipamentos devem ser ajustados ao modelo de ensino estruturado (Decreto-Lei n.º 3/2008), de forma a facilitar a compreensão do que se pretende em cada uma das áreas aumentando assim a confiança e segurança dos alunos (Pereira, 2008). A equipa das UEE deve integrar docentes com formação especializada em ensino especial para que possam dar um maior leque de estratégias de diferenciação pedagógica (Decreto-Lei n.º 3/2008).

No ano letivo de 2015/2016, em Portugal, o número de alunos a frequentarem as UEE para a educação de alunos com PEA, aumentou em 10,5% comparativamente com o ano letivo de 2014/2015, o que corresponde a 1 878 alunos (DGEEC, 2016). No ano letivo de 2016/2017, comparativamente ao ano de 2015/2016, houve um aumento das UEE em Portugal continental de 317 para 332 estando dispostas por regiões da seguinte forma: 167 em Lisboa e Vale do Tejo, 66 no Centro, 58 no Norte, 16 no Alentejo e 25 no Algarve (Direção-Geral da Educação [DGE], 2016; DGE, 2017).

A organização, acompanhamento e orientação das UEE compete ao conselho executivo da escola ou agrupamento, devendo garantir o acompanhamento, adequação dos recursos às necessidades dos alunos e assegurar apoios necessários (e.g. terapia da fala), criação de espaços de reflexão e formação, trabalho transdisciplinar e cooperativos entre os vários profissionais, apoiar e organizar as transições dos alunos, bem como planear e participar em colaboração com a comunidade em atividades que promovam a inclusão social (Decreto-Lei n.º 3/2008). Esta tipologia de ensino permite um ambiente calmo e previsível, dando informações claras e objetivas das rotinas aos alunos, respondendo às suas necessidades ao mesmo tempo que promove a autonomia na realização de tarefas e aumenta as suas competências. O modelo proposto na organização destas UEE's é o Treatment and Educating of Autistic and related Communication Handicapped Children (TEACCH).

2.1.1. Modelo TEACCH

O TEACCH, consiste num programa educacional e clínico de intervenção nas PEA criado na Escola de Medicina Psiquiátrica da Universidade da Carolina do Norte, na década de 1970 (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009). O TEACCH baseia-se num programa de ensino compreensivo e estruturado, específico para crianças e jovens com PEA e respetivas famílias (Texas Statewide Leadership for Autism Training [TSLAT], 2011).

Este é considerado um modelo de intervenção centrado na família, baseado na concetualização teórica e intervenção prática nas PEA com um impacto comprovado por diversos estudos empíricos (TEACCH Autism Program, 2015). É reconhecido pela sua flexibilidade e por ser centrado no indivíduo, independentemente da sua idade e nível de aprendizagem (TEACCH Autism Program, 2015). Este modelo veio contrapor a ideia de que as PEA tinham uma causa emocional e que a sua intervenção se deveria basear na teoria psicanalista. Ao introduzir bases teóricas comportamentais e psicolinguísticas, são valorizadas as características comportamentais a partir do uso de reforços e do recurso à descrição de comportamentos (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009). A nível psicológico e linguístico procura compensar as dificuldades de comunicação típicas nas PEA, a partir da utilização de pistas visuais, promovendo uma interação pensamento-linguagem e onde se espera que a imagem visual seja indutora de comunicação (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009).

De acordo com estes autores, o programa TEACCH baseia-se num conjunto de princípios, nomeadamente: 1) Promoção da adaptação de cada indivíduo, no sentido de melhorar o seu dia-a-dia mediado por uma intervenção ao nível das suas capacidades e dos seus *skills*, através de uma abordagem educacional, bem como intervir ao nível da perturbação existente, adaptando e adequando o contexto envolvente e desenvolvimental para que este a compense; 2) Estabelecimento de uma parceria e relação de colaboração mútua entre pais e profissionais, onde os pais partilham com os profissionais experiências que tiveram com o filho e onde os profissionais retribuem com informação inerente à área, à sua experiência e à perturbação em si; por outro lado, desta relação deve surgir um planeamento conjunto das prioridades do programa de intervenção em casa, na escola e/ou instituição e na comunidade; 3) Elaboração de um processo de avaliação que permita a compreensão das capacidades, áreas fortes e áreas fracas, os *skills* emergentes e estratégias de promoção das mesmas, devendo cada programa ser individualizado, com informações obtidas quer a partir de avaliação formal, quer com recurso a avaliações informais; 4) Conhecimento das teorias cognitivistas e comportamentais que suportam os procedimentos propostos no modelo TEACCH; e 5) Intervenção integrada num modelo

transdisciplinar, com recurso a diversos profissionais que, em equipa, devem trabalhar com a criança (Kwee, Sampaio & Atherino, 2009).

A ideia da adaptação contextual em função das necessidades de cada criança baseia-se em quatro processos e constitui um dos princípios basilares do ensino estruturado neste modelo (TSLAT, 2011):

- 1) Organização Espacial: refere-se à segmentação e divisão da sala ou da área de aprendizagem da criança. A divisão física de um espaço promove a independência funcional da criança e auxilia-a na aprendizagem ou reconhecimento das regras e limites, providenciando informação visual à criança que lhe dê pistas para desempenhar uma determinada tarefa de forma previsível (TSLAT, 2011);
- 2) Horários: considerando que nas PEA estão presentes problemas ao nível da memória sequencial e da organização temporal, uma das estratégias utilizadas frequentemente é a elaboração e exposição, num local acessível à criança, de horários visuais que lhe permitam saber quais as atividades que realizará, o momento em que estas decorrerão e a sua sequência, promovendo a antecipação dos eventos que irão ocorrer, bem como reduzir a sua ansiedade (TSLAT, 2011);
- 3) Estabelecer um Sistema de Trabalho: pretende que a criança perceba que as atividades devem ser realizadas em áreas diferentes, ao especificar visualmente o que deve ser feito e como deve ser feito, bem como rituais e marcos específicos que indicam o início e o fim da tarefa e/ou sessão (TSLAT, 2011);
- 4) Organização da Tarefa: é semelhante ao sistema de trabalho, sendo que este item especifica, em cada tarefa, o que é que a criança deve realizar de forma independente, o que deve executar na tarefa em si, quantos passos devem ser completados e os resultados finais esperados da tarefa (TSLAT, 2011).

O ensino estruturado utiliza frequentemente materiais de diferentes contextos (e.g. educacionais, domésticos, vocacionais). A nível metodológico, o TEACCH baseia-se em serviços, técnicas e estratégias de acordo com as necessidades da criança e da sua família, visando, a sua independência e a dotação das crianças com PEA das ferramentas necessárias para que interajam de forma bem-sucedida com o contexto onde se inserem (TSLAT, 2011).

2.2. Centros de Recursos para a Inclusão

Os CRI são constituídos por técnicos especializados e diferenciados que atuam ao nível do diagnóstico, da avaliação e da intervenção educativa dos alunos com NEE e das suas

famílias, elaborando planos de ação individualizados e personalizados que possibilitem uma melhor adaptação dos sujeitos ao contexto (Ministério da Educação, 2007). Os CRI funcionam com base em parcerias entre as escolas de ensino especial com as escolas regulares ou agrupamentos com o intuito de desenvolver atividades de apoio aos alunos com NEE inseridos nas escolas de ensino regular ao nível das áreas curriculares específicas, das terapias, da transição para a vida ativa e de intervenção precoce (Ministério da Educação, 2007).

O número de agrupamentos apoiados pelos CRI em Portugal tem aumentado, sendo que no ano letivo de 2014/2015 era de 574 agrupamentos e no ano letivo de 2015/2016 passou para 580. Em 2013, foram acreditados 90 CRI em Portugal (DGE, 2015). O número de técnicos disponibilizados pelos CRI, que também tem vindo a aumentar, é de 2 819 profissionais (DGEEC, 2016). O apoio prestado pelos CRI tem sido essencial no suporte e implementação da educação inclusiva dos alunos com NEE, promovendo simultaneamente uma diminuição do número de alunos em escolas de ensino especial (DGE, 2015).

No Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (AGAN), local onde se realizou o presente estágio, o apoio dos CRI é ao nível da psicologia, terapia ocupacional e da fala em protocolo com a Associação Nacional de Famílias para a Integração da Pessoa com Deficiência (AFID) (AFID, 2017). No que respeita à psicomotricidade, existe um psicomotricista contratado pelo Agrupamento que apoia os alunos com NEE neste âmbito nas diversas escolas do Agrupamento (apoio, avaliação, intervenção e construção de planos de intervenção), com o intuito de se atingir um melhor desempenho individual e melhores resultados ao nível da adaptação social e da inclusão escolar (AGAN, 2016).

3. Intervenção com PEA

3.1. Modelos de intervenção

Existem diversas abordagens terapêuticas para as PEA, tendo estas tendência para aumentar de acordo com o aumento da consciencialização face a esta problemática. Contudo, os estudos ainda apontam que não existe uma intervenção isolada que se mostre a mais eficaz, permanecendo inconclusivo qual o modelo de intervenção mais eficaz ou qual a combinação de intervenções mais eficazes (Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014). Alguns autores salientam ainda que os modelos de intervenção podem resultar com uma criança e não funcionar com outra (Wilkinson, 2010). Existe, porém, um consenso, relativamente à importância de se iniciar a intervenção o mais precocemente possível (Ospina et al., 2008).

É importante ter-se conhecimento das diversas abordagens de avaliação, intervenção e tratamento, incluindo os seus pontos fortes e limitações, para que se formem redes de apoio educacional mais coesas (Bryson, Rogers & Fombonne, 2003). Na tabela 2, apresenta-se uma síntese dos tratamentos e modelos de intervenção que existem para as PEA divididas segundo uma abordagem biomédica ou psicoeducativa (Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista, 2017).

Tabela 2 – Tratamentos e modelos de intervenção em PEA (adaptado da Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista, 2017)

Intervenções Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacológica
	<ul style="list-style-type: none"> • Medicina complementar e alternativa
Intervenções Psicoeducativas	<p><i>Intervenções Comportamentais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa Loovas • Programa ABA
	<p><i>Intervenções Desenvolvimentais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Floortime (DIR) • Responsive Teaching • Relationship Development Intervention
	<p><i>Intervenções Baseadas em Terapias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenções Baseadas na Comunicação <ul style="list-style-type: none"> – Estratégias visuais, instruções com pistas visuais; – Linguagem dos sinais; – Sistema de comunicação por troca de sinais/símbolos (PECS); – Histórias Sociais; – Dispositivos geradores de linguagem; – Comunicação facilitada; – Treino em comunicação funcional. • Intervenções Sensoriomotoras <ul style="list-style-type: none"> – Treino de integração auditiva; – Integração sensorial. • Intervenções Baseadas na Família <ul style="list-style-type: none"> – Programa PBS (Family centred Positive Behaviour Support Programs); – Programa Hanen (More than Words). • Intervenções Combinadas <ul style="list-style-type: none"> – Modelo SCERTS; – Modelo TEACHH; – Modelo Denver; – Modelo LEAP.

Aborda-se de seguida numa abordagem biomédica o tratamento farmacológico, nas intervenções comportamentais o Programa ABA, nas intervenções desenvolvimentais o Floortime (DIR) e nas intervenções baseadas em terapias a Integração Sensorial.

3.1.1. Farmacológica

A medicação é utilizada frequentemente em crianças e jovens com PEA no sentido de atenuar problemas de comportamento, de agressão e de irritabilidade. De acordo com estudos laboratoriais a risperidona e o aripiprazol são os medicamentos que têm uma maior

evidência na redução dos sintomas, contudo apresentam efeitos colaterais e/ou reações adversas (Fung et al., 2016).

3.1.2. *Applied Behavioral Analysis (ABA)*

O ABA surgiu com o Dr. O. Ivar Loovas (Loovas Institute, 2005-2017) e é uma intervenção de *análise comportamental intensiva*, que apresenta ganhos mais significativos quanto mais intensiva for, tendo por base princípios do comportamento da criança com PEA (Eldevik, Eikeseth, Jahr & Smith, 2006). Esta intervenção tem uma duração média de 25 a 40 horas semanais, sendo repetidamente demonstrado o comportamento que se pretende promover (Peters-Scheffer, Didden, Korzilius, & Sturmey, 2011). As sessões duram entre 2 a 3 horas, com períodos de tempo estruturado dedicado a uma tarefa, sendo que na escola o apoio se inicia individualmente (Loovas Institute, 2005-2017).

Enquanto método, o ABA envolve 1) um antecedente, i.e., um estímulo verbal ou físico que implique um comando ou um pedido; 2) um comportamento resultante, ou seja, uma resposta do indivíduo; e por fim c) uma consequência do comportamento, podendo ser um reforço positivo quando se trata do comportamento desejado ou ausência de reforço quando o comportamento não é o correto (Autism Speaks, 2010). Em termos de procedimentos estes incluem 1) a análise de tarefas, 2) o direcionamento de respostas objetivas e mensuráveis, 3) o reforço, 4) o incentivo e a ajuda rápida, 5) o controlo do estímulo, 6) a formação e o encadeamento, 7) o treino e 8) a programação generalizada (Lovaas, 2003). Esta tipologia de intervenção visa trabalhar várias habilidades do desenvolvimento, onde se pretende que a criança aprenda no seu ambiente natural (Loovas Institute, 2005-2017). Neste processo considera-se importante a formação dos pais para que se assegure a consistência da implementação do programa e os ganhos da intervenção sejam maximizados (Brookshire-Frazee, Vismara, Drahota, Stahmer & Openden, 2009).

O ABA é eficaz a curto prazo (Warren et al., 2011), tendo melhorias em parâmetros como o funcionamento adaptativo, a linguagem, o funcionamento intelectual (Bibby, Eikeseth, Martin, Mudford, & Reeves, 2002), a redução de comportamentos de desafio (Feldman & Werner, 2002), resultados educacionais bem-sucedidos (Lovaas, 2003), bem como o aumento da sensação de competência e a redução do *stress* por parte dos pais (Ingersoll & Wainer, 2011). Contudo, a longo prazo, pouco se sabe sobre as melhorias e os efeitos deste tipo de intervenção sobre as áreas deficitárias nas PEA (Warren et al., 2011).

3.1.3. *Programa Floortime (DIR)*

O Floortime deriva do Developmental, Individual-differences, & Relationship-based model (DIR) (The Interdisciplinary Council on Development and Learning, 2007), tendo surgido

com o Dr. Stanley Greenspan (The Greenspan Floortime Approach, 2017; The Interdisciplinary Council on Development and Learning, 2007).

A abordagem DIR incide: 1) nas capacidades de **(D)**esenvolvimento, onde se inclui o funcionamento emocional, social e intelectual; 2) nas diferenças de processamento biológicas **(I)**ndividuais, abrangendo a forma como o indivíduo compreende diferentes sensações, como planeia e executa ações; e 3) nos **(R)**elacionamentos estabelecidos (Greenspan & Wieder, 2008). É um método baseado em seis marcos funcionais que são um pré-requisito para o sucesso na aprendizagem e desenvolvimento infantil, sendo eles a capacidade: 1) da criança expressar interesse no mundo e para se acalmar; 2) de se envolver emocionalmente com os outros; 3) de se envolver em comunicação; 4) de criar gestos complexos e combinar uma série de atos deliberados para resolver problemas; 5) de criar ideias; e 6) de tornar as ideias realistas e lógicas (Greenspan & Wieder, 2006).

A intervenção visa transformar a apatia em interação, para que a criança possa adquirir um propósito e aprender a imitar gestos, sons e jogos (Greenspan & Wieder, 2000). Caracteriza-se como um jogo interativo, onde o adulto segue a liderança da criança e a incentiva a ter intencionalidade de se relacionar com o mundo exterior (Greenspan & Wieder, 2006), através dos interesses e desejos da criança. O DIR também inclui componentes de resolução de problemas semiestruturados, tendo períodos de 20 a 30 minutos de interação diária, com uma duração semanal de 14 a 35 horas, i.e., entre 6 a 10 sessões por semana (Loovas Institute, 2005-2017).

As interações do DIR promovem o crescimento da criança, tornando-a mais calorosa, persistente e atenta, conseguindo assim aumentar a comunicação, a criatividade e a felicidade (Greenspan & Wieder, 2000; Loovas, Institute, 2005-2017). O DIR ajuda a atingir os marcos emocionais da infância que foram perdidos no desenvolvimento inicial e que são críticos para a aprendizagem, ajudando assim as crianças a superar os sintomas (Loovas Institute, 2005-2017). No entanto, é necessária mais investigação para identificar as evidências sobre a eficácia do DIR (Solomon, Necheles, Ferch & Bruckman, 2007).

3.1.4. Integração Sensorial

Inserida num conjunto de intervenções sensoriomotoras, a integração sensorial visa estabilizar a parte sensorial e as reações a estímulos externos das crianças com PEA (National Research Council, 2001), tendo surgido com a Dra. A. Jean Ayres (Sensory Integration Global Network, s.d.). A terapia de integração sensorial realiza-se frequentemente individualmente, estando por vezes integrados em programas mais amplos de terapia ocupacional (National Research Council, 2001). A intervenção tem por objetivo a correção de défices no processamento neurológico e na integração de informações

sensoriais, através da estimulação sensorial e de respostas adaptativas de acordo com as necessidades da criança. Normalmente, é implementado por um terapeuta ocupacional que através da utilização de movimentos corporais visa promover a estimulação vestibular, propriocetiva e tátil para que o cérebro melhore a sua forma de processar e organizar as sensações (Wilkinson, 2010). Os benefícios assinalados na literatura incluem a melhoria do controlo do corpo, a imitação, a coordenação olho-mão, a participação em sessão, as respostas ao som e/ou ao toque, o autocontrolo sensorial, a redução da ansiedade, de irregularidades e instabilidades motoras (Autism Speaks, 2010; Miller, Rodriguez & Rourke, 2015; Wooo, Donnelly, Steinberg-Epstein & Leon, 2015). Este aumento de competências torna as crianças com PEA mais capazes de controlar os seus movimentos, emoções e reações a estímulos externos (Autism Speaks, 2010). Contudo, são precisos mais estudos sobre as evidências da sua eficácia (Van Rie & Heflin, 2009).

De acordo com Ozonoff, Dawson & McPartland (2002) mais do que a terapia, tratamento e/ou modelo utilizado, deve-se ter como princípio orientador o ser capaz de lidar com as dificuldades da criança com PEA, ao mesmo tempo que se promovem os seus pontos fortes. Salienta-se que as áreas fortes que mais frequentemente estão presentes em crianças com PEA são: 1) memória, 2) competências académicas, 3) pensamento visual, 4) reconhecimento de ordem e cumprimento de regras, 5) emoções intensas e convicções e 6) maior conforto e compatibilidade com adultos do que com os pares (Ozonoff et al., 2002). Para que se perceba as intervenções mais eficazes deve-se realizar uma avaliação detalhada para que se perceba a criança nos vários domínios de desenvolvimento, devendo as intervenções ser individualizados com base na informação obtida (Canavan, 2015), sendo o sucesso da intervenção dependente das características da criança, da eficácia do tratamento, terapia ou modelo e das competências do profissional (Wilkinson, 2010). Para se atingir o sucesso, os sintomas e os comportamentos devem ser orientados para pontos fortes, onde o técnico deve dar apoios adequados, utilizar a criatividade e experimentar diferentes perspetivas de intervenção (Autism Speaks, 2010).

3.2. Intervenção Psicomotora

Na Europa existem diferentes visões da psicomotricidade, no entanto também há pontos em comum entre os países, sendo o gráfico 1 uma síntese das palavras-chave de psicomotricidade numa perspetiva integrada do ser humano e da importância do movimento acontecer numa relação, onde está presente o psicomotricista, a família e o contexto social, tendo por base conceitos de trabalho como a ação, a emoção e a cognição (European Forum of Psychomotricity, 2017).

Em Portugal o reconhecimento profissional da psicomotricidade teve um crescimento assinalável após se ter iniciado a formação superior em 2002

na licenciatura de Reabilitação Psicomotora da FMH, tendo posteriormente surgido licenciaturas nesta área em mais quatro faculdades portuguesas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2012).

Enquanto área, a psicomotricidade é transdisciplinar, existindo uma interação entre o psiquismo e o corpo, que se reflete nos contextos biopsicossociais, afetivo-emocionais e sociocognitivos (Fonseca, 2010). A intervenção psicomotora pode ser exercida a nível reabilitativo, reeducativo, terapêutico e/ou preventivo abrangendo todos os grupos etários, várias metodologias que associem a atividade representativa e simbólica (e.g. terapias expressivas, atividades lúdicas e técnicas de relaxação) e pode ser realizada em vários sectores do público e privado (e.g. escolas, instituições de inserção social e hospitais) (APP, 2012).

Em termos de estratégias de intervenção, Llinares & Rodríguez (2003), organizam a intervenção psicomotora segundo quatro áreas de dificuldades das PEA, estando presentes na tabela 3.

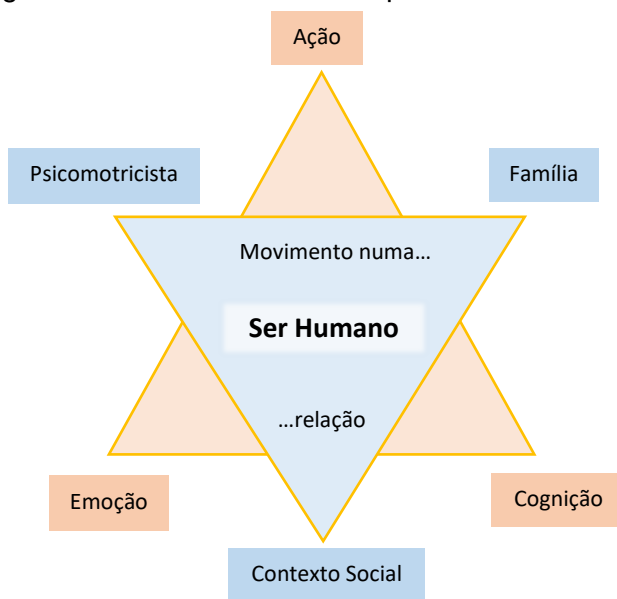


Gráfico 1 – Psicomotricidade na Europa (adaptado de European Forum of Psychomotricity, 2017)

Tabela 3 – Estratégias de Intervenção com PEA (adaptado de Llinares & Rodríguez, 2003)

Dificuldades presentes nas crianças com PEA	Estratégias de intervenção
Desenvolvimento social	<ul style="list-style-type: none"> – Estar disponível para atender às necessidades da criança; – Respeitar a distância; – Promover o contato visual; – Propor situações baseadas nos interesses da criança; – Realizar jogos de imitação como resposta à iniciativa da criança.
Comunicação e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> – Comunicar segundo os interesses da criança; – Utilizar frases simples e claras; – Dar sentido ou ignorar os sons e as ecolalias; – Incentivar a nomeação de objetos; – Possibilitar interações entre pares.
Capacidade de antecipação e flexibilidade	<ul style="list-style-type: none"> – Organizar o tempo e o espaço; – Realizar mudanças graduais.
Simbolização	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar jogos com conteúdos pré-simbólicos; – Promover o uso funcional dos objetos; – Desenvolver o jogo simbólico; – Promover a imitação.

Dentro da capacidade de antecipação e flexibilidade da tabela 3, a organização do espaço diz respeito à necessidade de definir o espaço por áreas diferenciadas para que se promova um ambiente contendor (Aujila & Redding, 2013; Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009). A existência de referências espaciais que permitam identificar o início ou o final de ações ou de determinadas posições corporais, bem como pistas físicas (e.g. toque) facilitam o desempenho. A exploração de várias direções, deslocamentos no espaço e dos vários tipos de espaços (e.g. pessoal e partilhado) possibilitam um melhor conhecimento do corpo. As formações realizadas no espaço devem ser realizadas de modo a facilitar o que se pretende trabalhar, sendo que o círculo facilita o contacto visual entre todos e reduz a distratibilidade; a formação em linha favorece o trabalho em paralelo e dá uma maior sensação de privacidade; e a formação em grupo possibilita a cooperação (NYC Department of Education, 2009).

Outras estratégias que podem ser facilitadoras da intervenção são:

- 1) a realização de uma análise das tarefas: ter em consideração as capacidades já adquiridas, inserindo-se ações mais complexas, tendo sempre em conta uma análise dos *skills* presentes, bem como das partes que o compõem, realizando assim uma aprendizagem por ordem sequencial (Goodwin, 2003; Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009), adequada à idade (National Research Council, 2001), onde os desafios devem tornar-se progressivamente mais concretos (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009);
- 2) criar um relacionamento terapêutico: o psicomotricista deve valorizar a comunicação verbal e não-verbal, construindo uma interação com a criança com base na simplicidade, compreensão, reforços sociais (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009),

flexibilidade e sistema motivacional apropriado (National Research Council, 2001), criando assim uma relação segura e de respeito (Aujila & Redding, 2013);

- 3) fornecer regras claras: definir consequências claras para o incumprimento das regras e incentivos para o seu cumprimento (Aujila & Redding, 2013);
- 4) tipologia das instruções: devem ser utilizadas instruções diferenciadas de acordo com o momento da sessão (e.g. rotinas da sessão – instruções mais breves; movimentos de segmentos corporais e deslocações – instruções repetitivas e mais lentas) (NYC Department of Education, 2009), devendo ser instruções perceptíveis (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009);
- 5) gerir ritmos internos e externos: através de padrões rítmicos, música, respostas motoras e/ou interações grupais que funcionem como pistas para o movimento e/ou como facilitadores da memorização de sequências (NYC Department of Education, 2009);
- 6) interação entre os contextos: investir em habilidades sociais para melhorar a participação da criança nos vários contextos e criar redes de comunicação entre as escolas, a comunidade, a criança e a família (Aujila & Redding, 2013; National Research Council, 2001);
- 7) utilizar ambientes previsíveis e conhecidos: locais como a casa ou a escola da criança favorecem a intervenção e envolvem mais os participantes (De Vries, Beck, Stacey, Winslow & Meines, 2015).

Quando se tratam de intervenções em grupo ou a pares, além destas estratégias há que ter em conta: 1) a realização de tutoria e apoio de pares: onde um elemento pode facilitar outro, possibilitando uma maior independência, mais tempo de instrução individualizada e fortalecimento de relacionamentos interpessoais, bem como das aquisições; e 2) a presença de assistentes ou de outras figuras de apoio: que possibilitam mais tempo de permanência na atividade, facilitam o envolvimento da criança/jovem e as suas aprendizagens (Lebre, Amoedo, Monteiro, Seixas & Falcão, 2016).

No âmbito da FMH, o trabalho de intervenção psicomotora que tem sido desenvolvido pelos alunos em regime de Estágios Profissionalizantes em Mestrado de Reabilitação Psicomotora com crianças e jovens com PEA será seguidamente descrito.

3.2.1. *Intervenção Psicomotora no âmbito de Estágios Profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora – FMH /UL*

Tendo em vista uma atualização do conhecimento face à tipologia da intervenção psicomotora que vem sendo realizada em Portugal, realizou-se uma pesquisa dos Estágios Profissionalizantes inseridos no Mestrado da FMH em Reabilitação Psicomotora, por forma a descrever os locais de estágio, população, contextos, tipo de intervenção, os instrumentos utilizados e os resultados que têm sido obtidos (consultar tabela 30 em Anexo I, pg. 116). Para proceder à pesquisa recorreu-se ao catálogo on-line da Biblioteca “Noronha Feio”. Como opções de pesquisa foi selecionado o “assunto”, colocando-se como palavras-chaves “relatório autismo”, tendo-se selecionado a opção restrito para documentos da FMH. Desta forma foram obtidos 22 resultados, entre 2011 e 2016. Destes, 17 resultados cumpriram os critérios, i.e., serem um Relatório de Estágio Profissionalizante em Reabilitação Psicomotora de 2º Ciclo com intervenção psicomotora com população entre os 3 e os 18 anos com diagnóstico de PEA ou PEA com comorbilidades associadas. Para esta análise considerou-se somente os relatórios que incluíam uma avaliação inicial e final e resultados detalhados de pelo menos um caso, perfazendo um total de 13 relatórios (tabela 4).

Tabela 4 – Estágios Profissionalizantes no Mestrado de Reabilitação Psicomotora com intervenção com PEA

Autor	Local	Nº de Casos	Idades (anos)	Contexto	Intervenção
Guerra (2011)	CADin	2	8 e 12	Clínico – sala/ginásio	Individual
Teixeira (2011)	APPDA	4	6 a 10	Escolar – piscina	Grupal
Gonçalves (2012)	APPDA	2	9 e 11	Escolar – piscina/ginásio	Grupal
Maria (2012)	APPDA	6	6 e 11	Escolar – ginásio	Individual
Domingues (2013)	CADin	2	6	Clínico – sala	Individual
Gonçalves (2013)	APPDA	8	7 a 16	Escolar – piscina/ginásio	Individual/Grupal
Monteiro (2013)	CDC-HGH	3	5 e 6	Clínico – sala	Grupal
Pereira (2014)	CADin	2	3 e 7	Clínico – sala	Individual
Pereira (2015)	CDC-HGH	1	9	Clínico – sala	Grupal
Carvalho (2016)	APPDA	3	7 a 18	Escolar/Institucional – ginásio/snoezelen	Individual/Pares
Rodrigues (2016)	AGAN	2	7	Escolar – piscina/ginásio	Individual/Grupal
Sá (2016)	APPDA	4	11 a 16	Escolar – piscina/ginásio	Individual/Pares/Grupal
Sequeira (2016)	ACS	1	9	Escolar – sala	Individual

CADin – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil; APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo; CDC-HGH – Centro de Desenvolvimento da Criança-Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Horta; AGAN – Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves; ACS – Associação Crescer com Sentido.

Dos dados recolhidos, obteve-se seis relatórios do Centro de Recursos para a Inclusão e Centro de Atividades Ocupacionais da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA) de Lisboa, três do Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil, dois do Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Horta, um da Associação Crescer com Sentido e um do Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (AGAN). A amostra foi constituída por 40 sujeitos com idades compreendidas entre os 3 e os 18 anos, sendo que 14 apresentam um diagnóstico de PEA e 26 PEA com comorbilidades associadas.

Em termos de contextos a maioria das intervenções descritas decorreu em contexto escolar (N=7), seguindo-se o contexto clínico (N=5) e um institucional e escolar (N=1). A intervenção em contexto clínico foi realizada sobretudo em salas (N=6) e com uma vertente cognitiva e de promoção de competências académicas. A intervenção em contexto escolar, na maioria dos casos decorreu em ginásio (N=7) e em meio aquático (N=5), existindo um local onde se interveio em sala de snoezelen (N=1). O tipo de intervenção esteve equilibrada entre individual (N=9) e grupal (N=8), existindo ainda a referência a intervenção feita em pares (N=3). Todas as sessões em meio aquático foram de cariz grupal (N=5), ao passo que a maioria das sessões em contexto de ginásio foram individuais (N=8). As sessões individuais tiveram na sua maioria uma frequência semanal (N=9 em 11, sendo N=2 para bissemanal) com duração de 45 minutos (N=6 em 11, sendo N=3 para 30 minutos e N=1 para 15 minutos e para 50 minutos). As sessões grupais tiveram, maioritariamente, uma duração entre 45 minutos (N=4) e 60 minutos (N=3) uma vez por semana.

A nível de instrumentos dos 44 identificados, os mais utilizados foram a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths de Luiz et al. (2006 – versão revista) e a original de Griffiths (1996) (N=3), a Grelha de Observação do Perfil Psicomotor e Comportamental da APPDA-Lisboa de 2012 e respetivas atualizações (N=3) e a Grelha de observação para Psicomotricidade em meio aquático da APPDA-Lisboa de 2012 e respetivas atualizações (N=3). A maioria dos relatórios recorreu a adaptações de instrumentos, à construção de *checklists* ou utilização de instrumentos criados no local de estágio. No entanto, os itens e os domínios que são avaliados são idênticos nos diversos instrumentos, sendo a maioria com incidência nos fatores psicomotores.

Relativamente aos objetivos e planos de intervenção realizados, estes incidiram sobretudo nos fatores psicomotores, competências cognitivas, comunicação, comportamento e competências sociais, sendo que na piscina foram trabalhadas competências específicas de adaptação ao meio aquático. Desta forma, em termos de benefícios a intervenção psicomotora com esta população mostrou os resultados que se seguem.

3.2.1.1. Intervenção psicomotora em ginásio/sala

Em contexto de ginásio/sala (N=13), tal como se pode verificar no gráfico 2 e nos totais da tabela 5, tem-se:

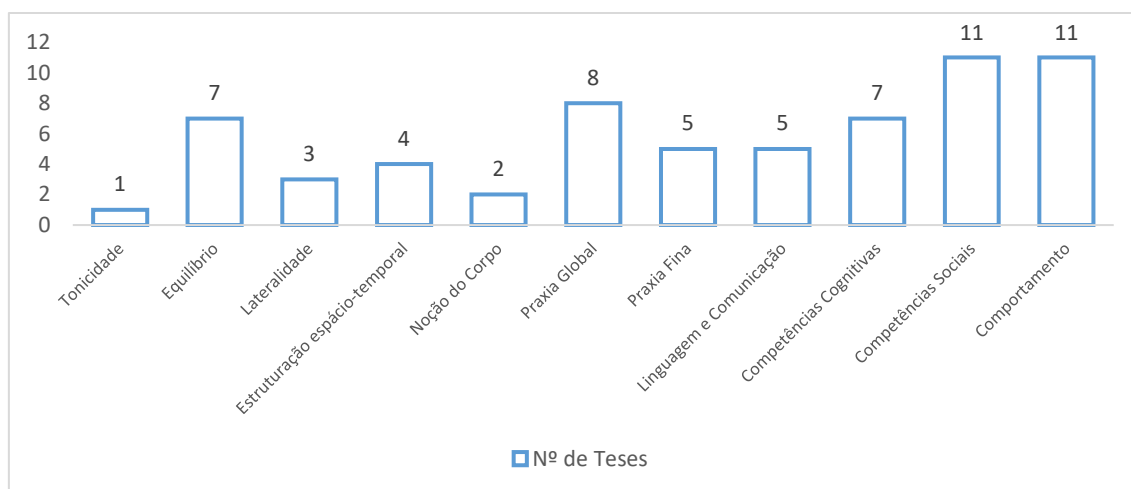


Gráfico 2 – Benefícios referidos em contexto de ginásio/sala

- 85% de melhorias no comportamento e em competências sociais (N=11), onde se destacou um aumento da interação social com os outros (N=6), aumento da capacidade de iniciativa (N=4), aumento do contacto com o outro (N=3), maior adequação dos comportamentos ao contexto (N=3) e diminuição de comportamentos disruptivos (birras, agressividade, impulsividade e ansiedade) (N=3);
- 62% na praxia global (N=8), refletindo-se em melhorias na coordenação óculo manual (N=6), coordenação óculo podal (N=4), num melhor planeamento, execução e controlo motor (N=1), um melhor controlo do movimento (N=1) e uma melhor expressão corporal (N=1);
- 54% no equilíbrio (N=7), sendo que o equilíbrio dinâmico (N=7) se apresentou com evoluções mais vezes que o equilíbrio estático (N=3);
- 54% nas competências cognitivas, em competências de matemática, tais como noção de número, quantidades, maior/menor e contagem, bem como em competências linguísticas como identificação de rimas, segmentação silábica e nomeação ou mesmo questões do quotidiano (e.g. dias da semana, nome);
- As restantes melhorias, foram 38% na praxia fina, em tarefas como realização do nó, enfiamentos com contas e melhorias na pega; 38% na linguagem e comunicação, com um aumento da comunicação e linguagem verbal, não-verbal, recetiva e expressiva; 31% na estruturação espaço-temporal; 23% na lateralidade, na identificação da direita e esquerda no próprio; 15% na noção do corpo, na imitação e identificação das partes do corpo; e 8% na tonicidade, com uma maior regulação e controlo tónico.

Ao analisar-se por tipologia de sessão (tabela 5) obtém-se em sessões individuais (N=9) benefícios em mais domínios, sendo os mais referidos a praxia global e as competências cognitivas, presente em seis teses; seguindo-se o equilíbrio, a praxia fina e o comportamento, presente em cinco teses. Em intervenção a pares (N=3), não surgiram benefícios nas competências sociais, sendo os benefícios mais referidos o equilíbrio, praxia global e comportamento, presente em três teses. Nas sessões de grupo (N=4), não surgiram benefícios na tonicidade, sendo os benefícios mais referidos a linguagem e comunicação, presente em quatro teses; a praxia global e comportamento, presente em três teses; e o equilíbrio e competências sociais, presente em duas teses.

Tabela 5 – Benefícios em contexto de ginásio por tipologia de intervenção

	Individual (N=9)	Pares (N=3)*	Grupo (N=4)	Nº de Teses (N=13)
Tonicidade	11% (N=1)	33% (N=1)	---	8% (N=1)
Equilíbrio	56% (N=5)	100% (N=3)	50% (N=2)	54% (N=7)
Lateralidade	11% (N=1)	33% (N=1)	25% (N=1)	23% (N=3)
Noção do Corpo	22% (N=2)	33% (N=1)	---	15% (N=2)
Estruturação Espaço-temporal	33% (N=3)	33% (N=1)	25% (N=1)	31% (N=4)
Praxia Global	67% (N=6)	100% (N=3)	75% (N=3)	62% (N=8)
Praxia Fina	56% (N=5)	33% (N=1)	25% (N=1)	38% (N=5)
Linguagem e Comunicação	44% (N=4)	33% (N=1)	100% (N=4)	38% (N=5)
Competências Cognitivas	67% (N=6)	33% (N=1)	25% (N=1)	54% (N=7)
Competências Sociais	22% (N=2)	---	50% (N=2)	85% (N=11)
Comportamento	56% (N=5)	100% (N=3)	75% (N=3)	85% (N=11)

*Todas as sessões a pares estão presentes em teses simultaneamente com sessões individuais

A sessão individual é a que abrange benefícios em mais domínios (mais dois do que em grupo; mais um do que a pares), tem o mesmo número de domínios fortes que a sessão de grupo (cinco domínios acima ou iguais a 50%), no entanto os valores das percentagens nestes domínios fortes são mais elevados em sessão de grupo do que individual. Nas sessões a pares, existem menos domínios fortes (três domínios acima ou iguais a 50%), contudo estes domínios são todos cotados com 100%, ou seja, têm a percentagem máxima.

3.2.1.2. Intervenção psicomotora em meio aquático

Em meio aquático (N=5), obteve-se os seguintes resultados (gráfico 3):

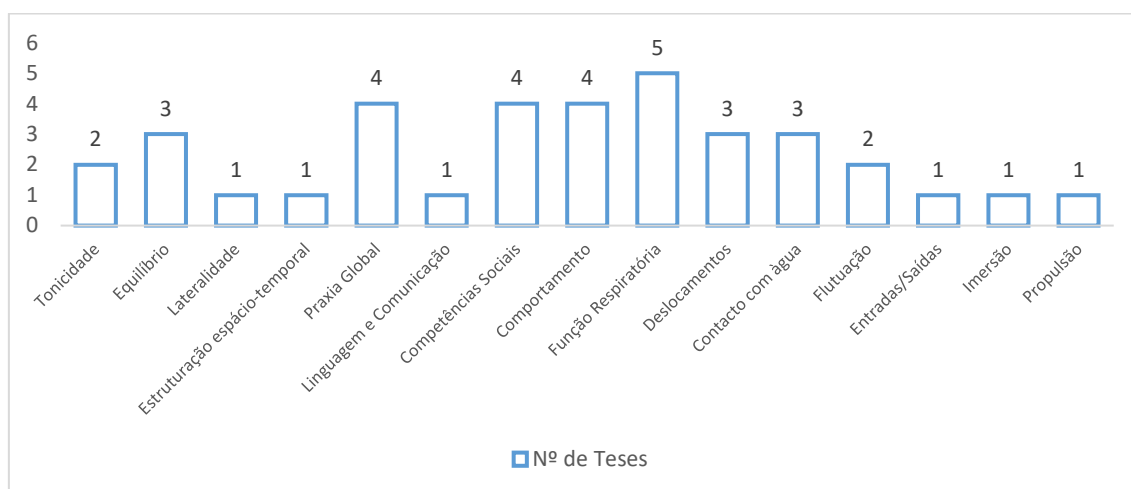


Gráfico 3 – Benefícios referidos em meio aquático

- 100% melhorias na função respiratória (N=5);
- 80% na praxia global (N=4), com evoluções ao nível da amplitude, coordenação dos movimentos e na programação e execução motora;
- 80% no comportamento e competências sociais (N=4), aumento da interação social com os outros e em situação de jogo, aumento da autonomia, diminuição de comportamentos disruptivos (hétero-agressão e birras) e aumento de comportamentos adequados (mais cooperação, participação e cumprimento de regras);
- 60% no equilíbrio, 60% nos deslocamentos, sobretudo horizontais e 60% no contacto com água no corpo e no rosto;
- As restantes melhorias foram 40% na tonicidade, pelo controlo e regulação tónica; 40% na flutuação; 20% na estruturação espaço-temporal, 20% na lateralidade, 20% na linguagem e comunicação, com uma melhor adequação da linguagem e comunicação ao contexto; 20% de melhorias nas entradas/saídas da piscina; 20% na imersão; e 20% na propulsão.

De seguida, aborda-se as particularidades da intervenção psicomotora em contexto escolar.

3.2.2. Intervenção em Contexto escolar

As questões relacionadas com a inclusão têm vindo a ganhar uma importância crescente na escola (Qi & Há, 2012), sendo a escola um local de extrema importância para a criança, podendo representar um fator de risco ou de proteção (Morais, 2011). É também na escola que se evidenciam diversas problemáticas da infância (Morais, 2011). Os profissionais devem ter por objetivo facilitar os apoios externos positivos e a valorização da criança,

aumentando os fatores protetores e reduzindo os de risco presentes na vida desta (Charlesworth, Wood, & Viggiani, 2007).

Como áreas prioritárias a intervir com crianças com PEA em contexto escolar são consideradas: 1) a comunicação e as habilidades sociais, 2) a atenção focada em estímulos relevantes durante a instrução, 3) a expressão emocional, 4) as habilidades de jogo, 5) a criação de rotinas de autocuidado (Loovas, 2003), e 6) a redução de comportamentos desajustados (e.g birras, agressão, movimentos repetitivos e estereotipados) (Luiselli, 2012). Segundo os pais, na escola, o prioritário para os seus filhos com PEA é fazer amigos, brincar com os pares, ter competências pessoais, ter competências que lhes confirmem segurança e ter habilidades sociais, tais como ser capaz de responder a perguntas e ouvir o professor (Pituch et al., 2010).

Neste sentido, a psicomotricidade como área de intervenção, torna-se crucial no contexto escolar, por ser fundamental na promoção de um desenvolvimento adequado, sendo o trabalho desenvolvido com incidência na construção saudável da criança tanto em termos clínicos, como no ajustamento positivo ao nível do desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo (Vieira, Batista & Lapierre, 2005). A intervenção psicomotora ao possibilitar melhorias no potencial adaptativo da criança (Fonseca, 2001; Martins, 2001), bem como efeitos positivos no nível de atenção/concentração, capacidade de coordenação e competências sociais torna-se numa mais-valia para a criança (Dvoráková & Michalová, 2004).

O técnico deve criar um ambiente que confira segurança, confiança e respeito à criança, de modo a que esta se sinta livre, confortável e com limites claros e seguros (Ferreira, 2000). Por seu lado, a intervenção psicomotora ao atuar nas principais perturbações da infância (APP, 2009), ao estar na base do desenvolvimento e da aprendizagem global da criança (Barros, 2003; Caliari, 2004; Núñez & Berruezo, 2007), bem como ao possibilitar a articulação realizada entre a família e a escola, torna-se num recurso importante a utilizar como ação educativa (Caliari, 2004; Gomes, 2006; Núñez & Berruezo, 2007). Desta forma, a intervenção psicomotora pode facilitar a adaptação a mudanças que possam ocorrer na vida da criança, permitindo simultaneamente que esta mantenha um desenvolvimento adequado (Agrelos, 2013; Matos & Tomé, 2012; Núñez & Berruezo, 2007).

A dança, a música e as práticas desportivas que de seguida se abordam, ao serem introduzidas na intervenção psicomotora como recursos podem ser facilitadoras do trabalho realizado em sessão, maximizando os resultados alcançados pelos alunos.

3.2.2.1. Dança

A dança envolve o corpo e o movimento, estando presentes sentimentos, emoções e ideias, bem como ações motoras num espaço e tempo, segundo um ritmo e uma coreografia (Lebre et al., 2016). A dança pode ser praticada por todos (Lebre et al., 2016), independentemente das limitações físicas, cognitivas ou emocionais, sendo uma atividade universal e acessível (Crabtree, 2011). A variabilidade dos movimentos possíveis numa coreografia torna a dança, enquanto recurso de intervenção, ajustável ao nível de desempenho e grau de funcionalidade de cada um (Inal, 2014). Através da dança, exploram-se áreas fracas e potenciam-se áreas fortes, permitindo ao aluno ser percecionado no seu todo (Borges, & Cardoso, 2011). No contexto escolar as experiências de dança costumam ser centradas sobretudo nos aspetos terapêuticos (Walkdestaer, 2006 cit in Aujila & Redding, 2013), no entanto a dança pode ter vertentes educativas, recreativas, comunitárias, performativas, artísticas, desportivas e terapêuticas (Lebre et al., 2016).

De acordo com Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher (2014), terapeuticamente, a dança é uma abordagem eficaz em crianças com PEA, tendo benefícios a vários níveis (consultar tabela 6).

Tabela 6 – Benefícios da utilização da dança em intervenção

Habilidades	Melhorias
Interpessoais	Aumenta e facilita a interação social (Hildebrandt, Koch & Funchs, 2016), reduz o isolamento social (Lebre et al. 2016) e desenvolve um sentimento de pertença (Block & Johnson, 2013; Stevens-Ratchford, 2016).
Socio-emocionais	Aumenta o bem-estar social (Stevens-Ratchford, 2016), contribui para o desenvolvimento emocional (Inal, 2014), pessoal e social (Silva & Antunes, 2011), tem melhorias na identidade pessoal, autoestima (Inal, 2014), comunicação não-verbal e verbal (Lebre et al., 2016), possibilita uma maior oportunidade de escolha (Block & Johnson, 2013) e de participação (Scharoun et al., 2014), bem como uma melhor expressão de sentimentos, emoções e ideias (Lebre et al., 2016).
Cognitivas	Melhora a memória (Stevens-Ratchford, 2016) e possibilita mudança de pensamentos e da perceção de competência (Silva & Antunes, 2011).
Psicomotoras	Aumenta as capacidades expressivas (Lebre et al., 2016), promove uma maior atividade (Huang, Hogg, Zandieh, Bostwick, 2012), melhor coordenação motora, equilíbrio (Inal, 2014), integração sensoriomotora, perceção corporal (Fonseca, Thurm, Vecchi, & Gama, 2014), melhor condição física, flexibilidade, perceção espacial (Inal, 2014), melhor conhecimento do seu corpo (Borges, & Cardoso, 2011) e possibilita uma maior autodescoberta e o conhecimento do mundo (Crabtree, 2011).

Assim, a intervenção com recurso à dança deve ter em conta as necessidades individuais dos participantes (Malley, 2014), investir no potencial criativo de cada indivíduo (Lebre et al., 2016) e motivar os participantes de acordo com os seus interesses (Whatley, 2008). Desta forma, a intervenção pelo corpo aliada à dança aumenta a autonomia, possibilita

uma melhor qualidade de vida (Block & Johnson, 2013) e uma melhor inclusão (Lebre et al., 2016; Silva & Antunes, 2011), sendo uma mais-valia nas PEA (Scharoun et al., 2014).

3.2.2.2. Música

A música pode ser definida como uma ciência que constitui uma linguagem universal, que proporciona reações psicológicas distintas de acordo com a interpretação dos sujeitos (Oliveira, Lopes, Damasceno & Silva, 2012). Quando utilizada como recurso pode ser aplicada por profissionais de saúde que não sejam musicoterapeutas (Franzoi, Santos, Backes & Ramos, 2016). Devido ao seu carácter lúdico e de livre expressão (Padilha, 2008), acarreta benefícios a nível cognitivo, emocional, social e físico (Oliveira et al., 2012). Em crianças com PEA a música é eficaz independentemente do nível de severidade e de funcionamento (De Vries et al., 2015), tendo melhorias em várias habilidades do desenvolvimento (consultar tabela 7).

Tabela 7 – Benefícios da utilização da música em intervenção

Habilidades	Melhorias
Interpessoais	Diminui o isolamento social, aumenta as relações interpessoais (De Vries et al., 2015) e aumenta o respeito e consideração pelo outro (Padilha, 2008).
Socio-emocionais	Aumenta comportamentos sociais adequados, a comunicação verbal e não-verbal, o reconhecimento/identificação das emoções (De Vries et al., 2015; Fernández, Vásquez & Pena, 2015), reduz a ansiedade e o stress (De Vries et al., 2015; Wigram & Gold, 2006) e aumenta a autoestima e a autoconfiança (Fernández, Vásquez & Pena, 2015).
Cognitivas	Aumenta a atenção nas tarefas (De Vries et al., 2015; Mendes et al., 2015; Rodriguez, Silva, Capellini & Santos, 2015), a expressão de pensamentos (Cruz et al., 2015; Piazzetta, 2010), a aquisição de novas aprendizagens (Mendes et al., 2015; Padilha, 2008; Rodriguez et al., 2015) e a produtividade e rendimento (Joly, 2003; Wigram & Gold, 2006).
Psicomotoras	Aumenta a sensibilização e coordenação do corpo (De Vries et al., 2015, Mendes et al., 2015), desenvolve capacidades motoras, noções de tempo e de espaço (NYC Department of Education, 2009) e desenvolve o tônus muscular (Mendes et al., 2015; Padilha, 2008;).

Ao seleccionar-se a música a utilizar, é importante estarem presentes estruturas rítmicas mais regulares (NYC Department of Education, 2009) e ter-se em conta os interesses dos indivíduos (De Vries et al., 2015). Nas PEA foram testados vários tipos de música e mostraram-se todos benéficos e eficazes, sendo a música clássica e os sons da natureza os que possibilitavam melhores resultados (De Vries et al., 2015). Assim, a música como recurso de intervenção proporciona uma melhor qualidade de vida (Cruz et al., 2015; De Vries et al., 2015), permite uma melhor adaptação e inclusão (Joly, 2003; Padilha, 2008) com uma maior participação e envolvimento social (Mendes et al., 2015; Padilha, 2008), sendo, portanto um recurso de intervenção bastante benéfico (Padilha, 2008).

3.2.2.3. Práticas Desportivas

No âmbito escolar, além de apoios como a intervenção psicomotora, considera-se o desporto como um elemento facilitador para a inclusão ao dar ferramentas para que esta aconteça em diferentes contextos e ao promover um aumento da participação dos alunos, através de boas práticas desportivas (Pereira, 2016). No desporto escolar, a prática de uma modalidade específica como o boccia permite a competição conjunta de praticantes de ambos os sexos e a participação simultânea de vários escalões etários, bem como a participação conjunta de pessoas com e sem deficiência/incapacidade (Carvalho, Carvalho, Parreira & Januário, 2016). Assim, o boccia torna-se num desporto com um grande potencial de inclusão, ao possibilitar a descoberta de execuções alternativas às que estão habituados a colocar em prática, bem como ao explorarem as suas limitações (Carvalho et al., 2016). O facto de ser acessível a todos os alunos, relaciona-se com as regras poderem ser simplificadas e evoluírem de acordo com os processos de aprendizagem, os materiais poderem ser adaptados aos alunos e a participação ser livre e conjunta quer de participantes em pé como sentados (Carvalho et al., 2016).

4. Intervenção com recurso ao Modelo da Resiliência

As adversidades na infância são muito frequentes e estão associadas ao risco de problemas de saúde, não só em tenras idades, mas também ao longo da vida (Traub & Boynton-Jarret, 2017). Face a esta realidade, mudanças de perspetiva, como o estudo do bem-estar em pessoas com PEA, tem aumentado, existindo mais foco nos pontos fortes desta perturbação, o que pode ter implicações importantes em conceções positivas das PEA e pesquisas e práticas voltadas para o futuro (Riosa et al., 2017).

Neste sentido, se ao se investir na resiliência precocemente existem melhorias na saúde, no bem-estar, na produtividade nacional e uma redução dos custos com cuidados de saúde do país (Traub & Boynton-Jarret, 2017), as crianças e jovens com PEA tornam-se numa população onde é importante trabalhar e construir resiliência (McCrimmon & Montgomery, 2014).

A resiliência consiste num processo complexo da interação entre os fatores de proteção (e.g. temperamento flexível, capacidade de resolução de problemas e boas experiências escolares) e os fatores de risco (e.g. estrutura familiar, eventos de crise na vida e características inatas da criança), de modo a que se ultrapasse as adversidades a nível individual, familiar e comunitário (Mitchell, 2011). Para a construção de resiliência existem três blocos fundamentais: uma base segura, a criança tem o sentimento de pertença e de

segurança; uma boa autoestima, ou seja, um senso interno de valor e competência; e um senso de autoeficácia, i.e., uma noção de domínio e controlo em conjunto com uma compreensão precisa das forças e limitações pessoais (Gilligan, 1997).

Daniel & Wassell (2002) desenvolveram um Modelo da Resiliência designado por Assessing & Promoting Resilience in Vulnerable Children com o intuito de avaliar e promover a resiliência em crianças vulneráveis. Para que se invista nos três blocos fundamentais da construção da resiliência, os autores estruturam o modelo em seis áreas: 1) base segura - verifica as relações estabelecidas com o cuidador/pais, bem como a qualidade dessas relações; 2) educação - visa as aprendizagens educacionais que existem para com a criança/jovem, das quais retira o seu próprio constructo educacional; 3) amizades - prendem-se com a perceção que a criança/jovem tem tanto do seu papel enquanto amigo, como dos amigos que tem e da qualidade dessas relações; 4) talentos e interesses - onde existe um foque no que a criança/jovem considera ter um bom desempenho (competências adquiridas) e o que gostava de fazer/adquirir, trabalhando-se neste parâmetro questões relacionadas com a autoestima, desenvolvendo-se a formação de identidade; 5) valores positivos - tem-se em consideração dilemas morais, identificação e expressão emocional, bem como a empatia com o outro, promovendo assim o desenvolvimento emocional e comportamental; e 6) competências sociais - avalia-se o desempenho da criança/jovem neste âmbito, para que se perceba se o locus de controlo é maioritariamente interno ou externo e que competências estão adquiridas ou por adquirir nesta área (Daniel & Wassell, 2002).

No âmbito da intervenção, tem sido estudado que os quadros de resiliência ao se unirem a abordagens de desenvolvimento possibilitam um foco mais holístico sobre o que as crianças e os jovens precisam para atingir o seu potencial (Mitchell, 2011), o que pode ser uma mais-valia na intervenção com as PEA (McCrimmon & Montgomery, 2014).

5. Caracterização Institucional

O Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (AGAN) é uma unidade organizacional do sistema educativo dotada de órgãos próprios de administração e gestão, tendo surgido a partir de um projeto pedagógico comum criado a 1 de setembro de 2006, englobando três escolas: Escola Básica (EB) 2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves (Sede), EB1/JI (Jardim de Infância) José Ruy e EB1/JI Condes da Lousã. Abrange os níveis de escolaridade desde o pré-escolar até ao ensino secundário, assim como cursos de formação profissional, Centro de Novas Oportunidades (CNO), Cursos de Educação e Formação (CEF), Formação para adultos, aulas e exames de Português para estrangeiros e atividades extracurriculares. O

Agrupamento localiza-se no concelho da Amadora, na freguesia de Águas-Livres, localização geográfica esta que abrange uma comunidade escolar muito diversificada, tanto a nível cultural como étnico, social e económico (Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves [AGAN], 2014).

5.1. Missão e Objetivos

O Agrupamento visa desenvolver atitudes, comportamentos e valores com base na equidade, justiça, responsabilidade, eficiência, respeito, rigor, empenho e autonomia de modo a atingir-se o sucesso educativo, a cidadania, a integração sociolinguística, a inclusão socio-educacional de alunos com NEE e dar uma formação como base de inclusão no mundo do trabalho. Desta forma, o objetivo é a formação integral dos alunos, preparando-os enquanto cidadãos para a vida ativa. Para tal, este Agrupamento defende que se deve ter em conta as vertentes humanísticas, científica e tecnológica, expressão plástica bem como a formação musical, desportiva e técnico-profissional (AGAN, 2014).

Para atingir estes objetivos foi criado o Projeto Educativo 2013-2016, que consiste num instrumento local da política educativa, onde toda a comunidade é envolvida para elaborar os objetivos, metas e estruturas funcionais do Agrupamento, tratando-se de um guia orientador do processo inclusivo e formativo dos alunos que tem como lema *Trabalhar o Presente, Construir Futuros – Por uma Escola de Excelência*. Através deste projeto, podem ser transmitidos valores aos educandos, destacando-se a integração, cidadania, rigor, empenho e exigência, formação do ser humano, empregabilidade, autonomia, construção de valores e afetos bem como a formação para a excelência (AGAN, 2014).

5.2. População Alvo

A população atendida pertence maioritariamente às classes socioeconómicas média e média baixa, sendo que a nível demográfico cerca de 37.67% dos alunos são originários de Portugal, 56.53% de países Africanos e 5.8% de outros países. No Agrupamento estão matriculados um total de 1388 alunos, sendo que 100 desses alunos apresentam NEE, ou seja, 7.2% da população total. Em termos de diagnósticos os mais frequentes, dentro da população com NEE, são os défices cognitivos (37%) e as PEA (29%), seguindo-se a PHDA (15%), as dificuldades de aprendizagem específicas (9%) e os restantes 10% corresponde a outras perturbações. A comorbilidade que surgiu com maior incidência foi a problemática emocional, estando presente em 11% dos alunos (AGAN, 2016).

Realizando uma análise por escola, na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves encontram-se 872 alunos, sendo que 60 alunos têm NEE, estando 13 destes com apoio nas UEE. Na EB1/JI José Ruy estão 327 no total, sendo 258 alunos do 1º Ciclo e 69 do Jardim-de-

Infância. Com NEE existem 17 alunos na escola, sendo que 10 têm apoio na UEE (JI 4 alunos e 1º Ciclo 6 alunos). Por sua vez, na EB1/JI Condes da Lousã estão 189 alunos, sendo 142 do 1º Ciclo e 47 alunos do Jardim-de-Infância. Do total de alunos, 23 apresentam NEE, tendo apoio na UEE 3 alunos do JI e 6 de 1º Ciclo (AGAN, 2016).

5.3. Serviços e Valências

5.3.1. Recursos Humanos

Em termos de docentes a lecionar no Agrupamento existem cinco educadores, 23 professores de 1º Ciclo e 108 professores e técnicos formadores de 2º Ciclo, 3º Ciclo e Secundário. Relativamente à Educação Especial, no total existem 10 professores de ensino especial, estando seis presentes nas UEE, i.e., dois docentes por cada UEE, e quatro professores a dar apoio ao Agrupamento, estando dois na EB2/3 com Secundário Dr. Azevedo Neves, um na EB1/JI José Ruy e um na EB1/JI Condes da Lousã. Nas UEE existem ainda seis assistentes operacionais, estando dois por cada UEE a dar apoio aos professores e aos alunos presentes nestas. Além destes assistentes operacionais, no Agrupamento estão presentes 39, sendo 28 assistentes na EB2/3 com Secundário Dr. Azevedo Neves, quatro na EB1/JI Condes da Lousã e sete na EB1/JI José Ruy (AGAN, 2016).

Relativamente a terapias, existe psicomotricidade com um psicomotricista contratado, uma estagiária de mestrado e duas estagiárias de licenciatura. Existe ainda, o Gabinete de Intervenção Psicossocial e Educativa (G.I.P.E.) composto por uma psicóloga, uma professora de educação especial, um mediador (profissional responsável por articular com os diversos contextos do aluno) e um técnico de serviço social. Como recurso externo ao Agrupamento a AFID dispõe de três técnicos do CRI que prestam serviços de psicologia (1), terapia da fala (1) e terapia ocupacional (1), estando a tempo parcial e dando apoio na construção dos PIT's dos alunos (AGAN, 2016).

Além destes serviços, o Agrupamento investe muito em atividades extracurriculares, no desporto escolar e em eventos direcionados para a sensibilização de ações de cidadania (e.g. dias e semanas temáticas) (AGAN, 2016).

5.3.2. Recursos Estruturais

A EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves ocupa em média um hectare e é constituída por quatro pavilhões identificados de A a D, onde se encontram as salas de ensino regular, salas de professores, sala de funcionários, sala terapêutica, instalações alimentares e sanitárias, uma UEE, papelaria, reprografia, serviços administrativos, gabinete de receção a alunos e encarregados de educação, gabinete de socorrismo, oficina de música, cozinhas

pedagógicas, gabinete do G.I.P.E./Serviço de Psicologia e Orientação (S.P.O.), biblioteca e laboratórios. Além dos pavilhões, a escola tem polidesportivo, ginásio, campo sintético, pista de salto em comprimento, campo de basquetebol e *court* de ténis e de *padel*. Como inovações a Sede está a iniciar a construção de uma quinta pedagógica dentro da escola, tendo construído uma horta, que é cuidada pelos alunos, e um burro, objetivos estes contemplados no *Projeto Educativo*. Em termos de segurança a escola é vedada e tem vigilância constante na portaria (AGAN, 2014).

A EB1/JI José Ruy localiza-se a cerca de 400 metros da Sede, sendo constituída por dois edifícios, um do pré-escolar e o outro do 1º Ciclo. As instalações são compostas por 12 salas de ensino regular, uma UEE, o centro de recursos (biblioteca e material informático), sala de intervenção precoce, duas salas de dinamização das Componentes de Apoio à Família (CAF), ginásio e instalações sanitárias e alimentares. Ao ar livre encontra-se o pátio de recreio, a horta pedagógica, canteiros como forma de delimitar os espaços e um portão que dá acesso à escola (AGAN, 2014).

A EB1/JI Condes da Lousã fica a cerca de 200 metros da Sede, sendo composta por dois edifícios, um do pré-escolar e outro do 1º Ciclo, tendo um espaço exterior idêntico à EB1/JI José Ruy com horta pedagógica, pátio de recreio e acesso para a escola pelo portão. As instalações são constituídas por oito salas de ensino regular, pelo centro de recursos polivalente (biblioteca e sala de informática), um gabinete de saúde escolar, um gabinete para o serviço de psicologia e orientação, um gabinete para as terapias e educação especial, laboratório, ginásio, reprografia, sala de professores, gabinete de coordenação e instalações sanitárias e alimentares (AGAN, 2014).

5.4. Espaço Físico – Sessões de Intervenção Psicomotora

Na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves foram realizadas sessões individuais na sala terapêutica, que é composta por uma secretária, cinco cadeiras, dois colchões, três bolas de pilates, dois armários com materiais, um quadro, um aquecedor, arcos, bolas, materiais de boccia, sela para montar, um paraquedas e três mesas pequenas para arrumações. As sessões grupais do projeto de Dança & Movimento realizaram-se no ginásio, caracterizando-se por ser um espaço amplo composto por uma arrecadação com materiais diversos, dois bancos suecos, aparelhagem de música, colchões com diferentes espessuras, seis quadros nas paredes utilizados para o esgrima e marcas no chão para o boccia.

Na EB1/JI José Ruy realizaram-se sessões individuais tanto na sala de intervenção precoce, como no ginásio dependendo dos objetivos a trabalhar com o aluno e da disponibilidade de utilização dos espaços. A sala de intervenção precoce encontra-se no

pavilhão do pré-escolar, é pequena e bem iluminada, tem armários com materiais diversificados, um suporte com alguns instrumentos e acessórios musicais, um espelho, livros infantis, puzzles, uma mesa, cinco cadeiras, arcos e pinos. Por sua vez, o ginásio é muito amplo, bem iluminado, dois bancos suecos, diversos colchões com tamanhos e espessuras distintos e materiais coloridos esponjosos. Ao lado do ginásio está a arrecadação com os materiais, onde se encontram a maioria dos objetos que foram utilizados nas sessões, tais como bolas com diversos tamanhos e texturas, cordas, pinos, bastões, cubos e arcos.

Na EB1/JI Condes da Lousã foram utilizados três espaços para a realização das sessões individuais, sendo eles o ginásio, o centro de recursos (biblioteca e sala de informática) e o mais frequente a sala 11. A utilização destes espaços dependia dos horários dos alunos acompanhados e da conjugação com outros docentes das atividades a realizar naqueles espaços. A sala 11 encontra-se no 1º andar do 1º Ciclo, localizando-se entre duas salas de aula do ensino regular. Esta sala tem boa luminosidade e é pequena, sendo composta por cinco mesas, sete cadeiras, um quadro, um lavatório e um armário para arrumações. Ao ser utilizada, as mesas e as cadeiras eram desviadas todas para o mesmo lado de modo a rentabilizar o espaço a utilizar, ficando somente três cadeiras disponíveis e uma mesa. O ginásio é amplo, é um local de passagem, i.e., com movimento frequente, visto estar ligado ao refeitório e ao corredor que faz a ligação entre as salas. Deste modo é um local com muitos estímulos distrateis, composto por dois bancos suecos e dois espaldares, este foi utilizado sobretudo para tarefas de equilíbrio e motricidade global. O centro de recursos, mais frequentemente designado por biblioteca, foi utilizado somente nas últimas semanas de aulas por existirem provas de aferição nas restantes salas. Este espaço caracteriza-se por ter diversas mesas, computadores, um projetor, uma tela, diversas estantes com livros, almofadas coloridas e um colchão didático. Apesar de ser mais amplo que a sala 11, como se encontra com muitos materiais fixos acaba por limitar mais o espaço a utilizar. Os materiais utilizados nas sessões eram provenientes da UEE ou da arrecadação.

As sessões de grupo em meio aquático desenvolveram-se nas piscinas da Reboleira. Este complexo é constituído por duas piscinas e um tanque, tendo sido neste último que ocorreram as sessões. No tanque a profundidade era inferior a 1 metro e 20 centímetros, estando à disposição dos alunos materiais como esparguetes, bolas e arcos. A nível de instalações o complexo tem dois chuveiros, dois balneários devidamente equipados, uma receção e um bar.

5.5. Extensão para a comunidade

O Agrupamento apresenta-se como uma organização dinâmica de relação com a comunidade desenvolvendo diversas atividades com esta, aumentando desta forma a relação entre os diferentes contextos. Além do ensino que dispõe para os seus alunos, o Agrupamento realiza dias abertos à comunidade com frequência bissemanal com o intuito de enriquecer e ganhar valor social de pertença, atuando simultaneamente como facilitador de uma maior interação (e.g. feira do empreendedorismo, arraial dos Santos, festa de Natal). Promove ainda protocolos com 55 instituições relativos a estágios curriculares, PIT's e CRI (AGAN, 2016).

5.6. Organização

O Agrupamento é dirigido por um conselho geral, que engloba um diretor, um subdiretor, três adjuntos e três assessores técnico-pedagógicos. Na figura 1 pode-se observar a organização hierárquica do Agrupamento (AGAN, 2015a).

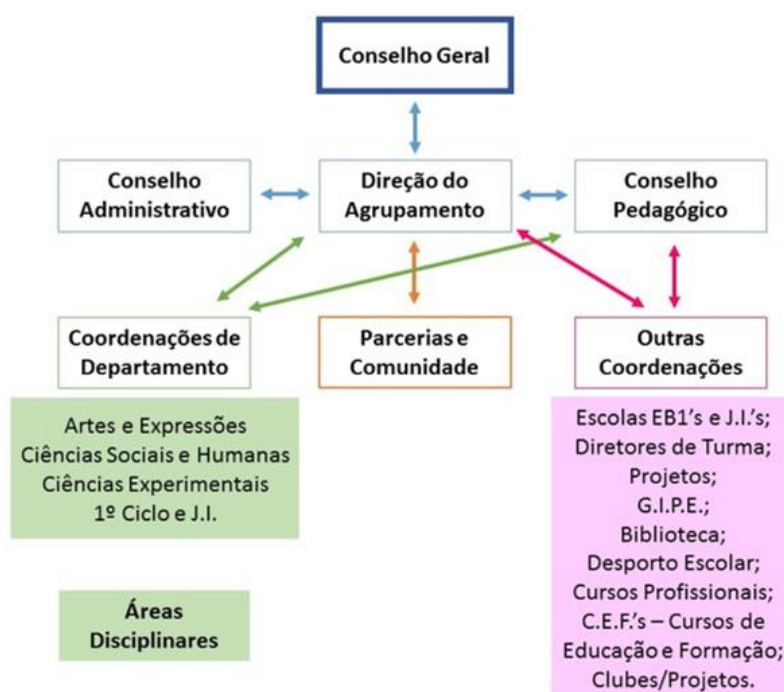


Figura 1 – Organização Hierárquica

6. Contexto Funcional

No ano letivo 2015/2016, as atividades de estágio ocorreram simultaneamente com as terapias presentes nas três escolas tanto por técnicos da AGAN como do CRI com o intuito de apoiar os alunos, sendo elas a psicomotricidade, psicologia, educação especial, terapia da fala e terapia ocupacional. Este apoio esteve não só direcionado para as UEE, como para os alunos de ensino regular com NEE, que necessitaram destas terapias. No total foram apoiados pelo Agrupamento 23 alunos (3 do JI e 20 do 1º Ciclo) da EB1/JI Condes

da Lousã, 17 alunos (5 do JI e 12 do 1º Ciclo) da EB1/JI José Ruy e 60 alunos (14 do 2º Ciclo, 28 do 3º Ciclo e 18 do Secundário) da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, num total de 90 alunos, sendo 32 destes alunos inseridos nas UEE e 24 com apoio ao nível da psicomotricidade (AGAN, 2016).

6.1. Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na AGAN

As sessões de psicomotricidade foram desenvolvidas de outubro de 2015 a junho de 2016 nas instalações das três escolas, bem como nas piscinas da Reboleira. Neste sentido, foram acompanhados 24 alunos: 7 da EB1/JI José Ruy, 7 da EB1/JI Condes da Lousã e 10 alunos da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. À exceção de um aluno que pertence ao ensino regular da EB1/JI Condes da Lousã, os restantes alunos estavam integrados nas UEE das respetivas escolas (tabela 8).

Tabela 8 – Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na AGAN

Escola	Contexto	Nº de Alunos
EB1/JI José Ruy	UEE	7
EB1/JI Condes da Lousã	UEE	6
	Ensino Regular	1
EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves	UEE	10

III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo serão abordadas as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio que decorreu em três escolas pertencentes ao Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (AGAN). Inicialmente serão descritos os contextos de intervenção, onde se enquadra a calendarização, o horário e o cronograma das atividades de estágio. Seguem-se os objetivos gerais, que englobam a intervenção psicomotora desenvolvida nas escolas e a relação estabelecida com outros profissionais e família. Em continuidade, tem-se o processo de intervenção que abrange o planeamento da intervenção, a avaliação, a população apoiada e os estudos de caso (o A.P., o B.C. e o Grupo de Dança & Movimento). Por fim, tem-se as atividades complementares, bem como as dificuldades e limitações sentidas no decorrer do estágio.

1. Contextos de Intervenção

As atividades de estágio aconteceram em contexto de ginásio, que foi individual, a pares e grupal, e em dois grupos em meio aquático. Na tabela 9 está descrita a informação relativa a cada contexto de intervenção.

Tabela 9 – Contextos de Intervenção

	Contextos de Intervenção		
	Ginásio		Meio Aquático
Tipo de Sessão	Individual, Pares (N=19)	Grupo (N=22)	Grupo (N=10; N=9)
Tipo de Materiais	Colchões, arcos, pinos, cordas, cestos, banco sueco, bolas, antas, mesa, cadeiras e material de escrever e colorir.	Banco sueco, arcos, colchões, cordas, bolas, pinos e aparelhagem.	Argolas, arcos, rolos, bolas e objetos flutuantes.
Duração (minutos)	30 e 45	60	45
Frequência	1x/semana	1x/semana	1x/semana
Estrutura da Sessão	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo Inicial; - Ativação Geral; - Fase Fundamental; - Retorno à calma; - Diálogo final. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo Inicial; - Ativação Geral com música; - Fase Fundamental (Jogo e Coreografia); - Retorno à calma com música; - Diálogo Final + Grito de Grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ritual de entrada; - Fase Fundamental; - Retorno à calma; - Ritual de Saída.
Atividades	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos de imitação e mobilização articular; - Percursos psicomotores; - Jogos de interação, de equilíbrio, de associação e exploração do corpo, do espaço e dos materiais; - Jogos de gestão de conflitos, criatividade, cooperação e de cumprimento de regras; - Massagem com bola, atividades de controlo da respiração, técnicas de relaxamento e exploração de texturas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jogos de imitação e mobilização articular realizados com música; - Circuitos/estações com fatores psicomotores; - Jogos de interação com o outro e de exploração do corpo, do espaço e dos materiais; - Jogos de gestão de conflitos, cooperação e de cumprimento de regras; - Jogos de expressão emocional e corporal; - Atividades de retorno à calma com recurso a música e presença ou não de materiais a serem explorados a pares ou individualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto inicial com a água no corpo e no rosto; - Entrada e saída adequada da piscina; - Deslocamentos e função respiratória; - Competências de imersão; - Atividades de flutuação com e sem apoio; - Jogos de cooperação, imitação, estratégia e de regras.

No Anexo II (pg. 125), estão presentes três planos de sessão enquanto exemplares das sessões de ginásio individual e de grupo, bem como das sessões que ocorreram em piscina. Foram ainda realizados treinos de boccia em contexto de ginásio, não estando referidos na tabela anterior por estarem enquadrados no desporto escolar.

1.1. Calendarização das Atividades e Horário do Estágio

Neste ponto serão apresentados o cronograma dos procedimentos práticos e teóricos realizados, bem como o horário do estágio e a calendarização das sessões de intervenção psicomotora do ano letivo 2015/2016.

1.1.1. Cronograma de Procedimentos do Estágio

O cronograma (tabela 10) apresenta a organização dos procedimentos práticos de estágio ao longo do ano letivo 2015/2016 na AGAN, bem como a organização teórica do relatório de estágio.

Tabela 10 – Cronograma de procedimentos de estágio

		2015/2016										2016/2017	
		OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO- MAI	JUN- OUT
Apresentação do Local de Estágio													
Integração na Equipa e nas Escolas													
Atividades de Observação													
Avaliação na AGAN													
Redação e Entrega dos Relatórios de Avaliação com os Planos de Intervenção													
Planeamento e Dinamização das Sessões													
Reuniões com Encarregados de Educação													
Relatório de Estágio	Redação												
	Revisão												
	Entrega												
	Defesa												

1.1.1. Horário do Estágio

O horário de estágio foi organizado de acordo com a disponibilidade dos espaços, disponibilidade dos alunos, dos técnicos da AGAN e da estagiária, tendo em conta o número de horas previsto pelo Regulamento da Unidade Curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, procurando-se abranger o máximo de alunos, o maior número de contextos possíveis e uma faixa etária alargada.

Os horários do 1º Período (tabela 11) e do 2º/3º Período (tabela 12) foram distintos, por forma a adequar limitações de nível motor da estagiária até dezembro de 2015. As sessões de grupo foram iniciadas em outubro, ao passo que as sessões individuais dinamizadas pela estagiária na EB1/JI José Ruy tiveram início em novembro, as da EB1/JI Condes da Lousã em dezembro e as da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves em janeiro.

Tabela 11 – Horário de Estágio do 1º Período

	Quinta	Sexta
9:00 12:30	EB1/JI José Ruy: SI	EB1/JI Condes da Lousã: SI
12:30 13:15	ALMOÇO	
13:15 14:00	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves:	EB1/JI Condes da Lousã: SI
14:00 15:00	Dança & Movimento	
15:00 15:45	Grupo A: Piscinas da Reboleira	
15:45 16:30	Grupo B: Piscinas da Reboleira	

SI – Sessões Individuais

Tabela 12 – Horário de Estágio do 2º e 3º Período

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00 9:00	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: SI	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: SI			
9h00 10:00					
10:00 11:00			EB1/JI Condes da Lousã: SI	EB1/JI José Ruy: SI	EB1/JI Condes da Lousã: SI
11:00 12:00					
12:00 13:00			Almoço		
13:00 14:00	Almoço		EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: SI	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: Dança & Movimento	EB1/JI Condes da Lousã: SI
14:00 15:00	EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: Boccia				
15:00 16:00				Grupo A: Piscinas da Reboleira	
16:00 17:00				Grupo B: Piscinas da Reboleira	

SI – Sessões Individuais

No primeiro horário as atividades realizaram-se à 5.ª e 6.ª feira, sendo que o horário a partir de janeiro de 2016 passou a ser de 2.ª a 6.ª feira com um horário variável entre as 8h00 e

as 16h30. O tempo de deslocações, de balneário, as reuniões com outros profissionais da escola e com os orientadores não foram contabilizados.

1.1.2. Calendarização das Sessões

Na tabela 13 é apresentada a calendarização das sessões realizadas, com o seu início e fim, as interrupções letivas e o número de sessões previstas, realizadas e extra, onde estas últimas correspondem a sessões dadas fora do horário de estágio ou em tempo de prolongamento letivo. As sessões que não se realizaram foram por questões de saúde, atividades extracurriculares ou visitas de estudo, sendo que no caso das sessões em meio aquático foi sobretudo devido a questões meteorológicas adversas que impediram a deslocação para a piscina.

Tabela 13 – Calendarização das Sessões

	Início	Interrupções letivas	Fim**	Nº de sessões previstas	Nº de sessões realizadas	Nº de sessões extra
EB1/JI José Ruy: SI	26/11/2015	<u>Natal</u> 18/12/2015	08/06/2016	96	71	8
EB1/JI Condes da Lousã: SI	04/12/2015*	- 31/12/2015	09/06/2016	153	115	2
EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: SI	11/01/2016	<u>Carnaval</u> 08/02/2016	09/06/2016	129	114	10
EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: Dança & Movimento	15/10/2015	- 10/02/2016	08/06/2016	30	28	2
Piscinas da Reboleira	15/10/2015	<u>Páscoa</u> 21/03/2016 - 02/04/ 2016	08/06/2016	60	42	---

SI – Sessões Individuais

*Houve um aluno, o L.C. que iniciou as sessões a 17/02/2016

**A sessões de Dança & Movimento, bem como algumas sessões individuais foram dadas até ao dia 24/06/2016 aos alunos que ficaram no tempo de prolongamento

No início das atividades de estágio, a estagiária assistiu na EB1/JI José Ruy a 5 aulas de JI com o A.P., em contexto de sala com a turma, e a 10 sessões de psicomotricidade em fase de avaliação inicial do R.N. e do G.B., dadas pelo orientador local. Foram ainda observadas com participação parcial 7 sessões na piscina e 10 sessões de Dança & Movimento.

2. Objetivos Gerais das Atividades de Estágio

Neste ponto são apresentados os objetivos gerais, tanto da estagiária no estágio realizado na AGAN (tabela 14), como dos objetivos gerais segundo os contextos e a tipologia de intervenção psicomotora realizada (tabela 15). Como objetivos gerais assinala-se a

aquisição de comportamentos positivos no decurso das sessões e o aumento do sentimento de bem-estar e de e pertença dos alunos.

Tabela 14 – Objetivos Gerais da Estagiária na AGAN

	Objetivos Gerais
Objetivos da Estagiária na AGAN	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver competências profissionais ao nível da intervenção psicomotora, na relação com os outros profissionais e com a comunidade; - Promover o conhecimento lecionado na área de Reabilitação Psicomotora em termos científicos e metodológicos, possibilitando uma competência reflexiva multidisciplinar; - Estimular a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora em contextos e domínios de intervenção distintos; - Desenvolver a capacidade de efetuar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, proporcionando a evolução profissional e científica da área.

Tabela 15 – Objetivos Gerais das Atividades de Estágio

	Objetivos Gerais
Intervenção Psicomotora Individual	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o desenvolvimento psicomotor do aluno, através do desenvolvimento da tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal/imitação, praxia global e praxia fina; - Desenvolver competências cognitivas; - Promover competências sociais (comportamentos sociais ajustados ao nível da relação interpessoal); - Desenvolver competências de linguagem e comunicação.
Intervenção Psicomotora no Projeto de Dança & Movimento	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a inclusão dos alunos num processo de crescimento direcionado ao seu bem-estar; - Promover as relações emocionais, a autoconfiança e uma atitude positiva no seio das sessões; - Melhorar competências do domínio psicomotor, ao nível da capacidade de descontração muscular (tonicidade), controlo do movimento, a expressão corporal (praxias globais) e do domínio socio-emocional, tais como a capacidade de atenção, a comunicação e as regras sociais.
Intervenção Psicomotora no Meio Aquático	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a adaptação e autonomia dos alunos em meio aquático, desenvolvendo competências ao nível das entradas/saídas da água, contacto com água, flutuação, função respiratória, propulsão, deslocamentos na água e imersão; - Desenvolver o domínio psicomotor nomeadamente ao nível da tonicidade, lateralização, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e motricidade global; - Promover comportamentos sociais ajustados ao nível da interação social e da comunicação com o técnico e com os colegas; - Diminuir comportamentos, interesses ou atividades restritas e/ou repetitivas.

Apresenta-se, de seguida, o processo de intervenção psicomotora realizado de acordo com as escolas acompanhadas no âmbito do estágio. Subsequentemente, descreve-se a relação desenvolvida com outros profissionais e família dos alunos apoiados.

2.1. Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora teve um enfoque reeducativo e terapêutico com alunos com NEE, sobretudo com PEA em contexto escolar. As sessões decorreram na piscina e no ginásio, existindo a utilização de espaços de sala para as intervenções individuais ou a pares. Estas salas eram adaptadas, tentando aproximar-se da organização e estrutura de um ginásio.

A estrutura das sessões já estava implementada pelos psicomotricistas que acompanharam os casos em 2014/2015. Desta forma, as **sessões individuais e a pares** eram compostas pelo diálogo inicial, a ativação geral, a fase fundamental, o retorno à calma e o diálogo final, sendo sessões muito flexíveis, por serem muito direcionadas para as necessidades, interesses e objetivos específicos de cada aluno, o que tornou cada acompanhamento individual muito próprio e personalizado. No diálogo inicial tinha-se como objetivo a partilha de momentos da sessão anterior, de sentimentos, ideias ou sugestões para a nova sessão ou o relato de situações importantes para a vida do aluno. Assim, era possível perceber o estado emocional e as preocupações do aluno, dando-lhe um espaço de conforto, de confiança e de reflexão. Além disso, este diálogo permitia a valorização da sua capacidade de iniciativa e construção de continuidade entre sessões ao serem feitas chamadas de outros momentos da intervenção. Estas competências eram trabalhadas com os alunos de acordo com o seu nível de desenvolvimento e capacidade de comunicação.

A ativação geral incidia no reconhecimento e na mobilização de segmentos corporais que podia ter por base o manuseamento de objetos, o acompanhamento de sons/ritmos, promovendo sobretudo a imitação de movimentos, a noção do corpo e a lateralização. Durante a fase fundamental, eram realizados percursos e jogos que incidissem nos objetivos específicos, incentivando o aluno a escolher o material, a propor tarefas do seu interesse e estimulando o aluno a realizar, sempre que possível, uma autoavaliação do seu desempenho e a identificar a competência em que estava a trabalhar. Em alunos com mais dificuldades, apesar de existir a possibilidade de escolha, o processo era mais diretivo e ajustado às suas capacidades. No retorno à calma eram realizadas tarefas relaxantes para o aluno, incluindo a massagem com objetos com diferentes texturas, atividades de controlo respiratório, momentos de contenção/embalo, canto de músicas ou leitura de histórias. No diálogo final, era feita uma reflexão do trabalho realizado, onde os alunos partilhavam sentimentos, opiniões e/ou ideias tanto da sessão, como das aquisições atingidas/melhoradas, das competências a melhorar, de como o fazer, bem como sugestões de tarefas a fazer num próximo momento dentro ou fora de sessão.

As sessões de **Dança & Movimento** eram idênticas, estruturalmente, às sessões individuais e a pares, diferindo nos conteúdos trabalhados e na forma como eram dirigidas. No diálogo inicial os alunos sentavam-se todos no banco sueco, realizando-se a chamada, para verificação das presenças, onde cada um tinha que levantar o braço e dizer “presente”, seguindo-se uma participação voluntária dos alunos para referirem algo sobre o dia na escola, como por exemplo o almoço daquele dia (sopa, prato principal e sobremesa). Ainda nesta partilha, era pedido que se recordassem sobre algo realizado na sessão passada e a estrutura das sessões, lembrando assim as diferentes partes da sessão.

A ativação geral era realizada ao som de música, numa fase inicial por imitação dos movimentos do técnico e simultânea nomeação das partes do corpo em mobilização, existindo uma sequência sempre idêntica: andar, realizar movimentos de flexão, extensão e rotação nos membros superiores, cabeça, tronco e nos membros inferiores. Segue-se uma fase em que os alunos eram convidados a iniciar movimentos para o grupo os imitar, tendo-se sempre como objetivo o reconhecimento, a mobilização dos vários segmentos corporais e a capacidade criativa e de iniciativa. A fase fundamental era composta por um jogo, que incidia sobretudo nos fatores psicomotores ou competências sociais, seguindo-se uma coreografia, que pretendia desenvolver a capacidade para memorizar uma sequência motora simples ao som de uma música de acordo com uma determinada estrutura rítmica. A coreografia estava aberta a sugestões dos alunos, potenciando a expressão corporal, criatividade, coordenação, ritmo, memória e imitação. Segue-se o retorno à calma que era acompanhado e realizado ao som de uma música calma, potenciando o controlo da respiração, a descontração muscular e a consciencialização dos limites do corpo, com presença ou ausência de materiais ou do toque entre pares. Por fim, no diálogo final, os alunos colocavam-se em roda, partilhando à vez o que mais tinham gostado da sessão, terminando com um grito em grupo acompanhado por passos pré-definidos, de modo a promover a reflexão e a coesão grupal.

As sessões eram organizadas por módulos, sendo em média dedicadas quatro a cinco sessões a cada coreografia, ou seja, em cada módulo um psicomotricista era responsável por dinamizar a sessão, permutando-se entre o psicomotricista do Agrupamento, a estagiária de mestrado e as estagiárias de licenciatura. Enquanto intervenção, além dos objetivos individuais e dos apoios dados em função das necessidades de cada aluno, a estrutura era menos flexível por se tratar de um grupo muito heterogéneo e de grandes dimensões (22 alunos). Tinha-se assim como objetivo central, o bem-estar e as aprendizagens do grupo. As sessões decorreram no ginásio da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, estando presentes alunos das três UEE pertencentes ao Agrupamento.

Nas sessões em **meio aquático** existiam dois grupos, organizados por idades e escolas, sendo o Grupo A composto pelos alunos da UEE da EB1/JI José Ruy e da EB1/JI Condes da Lousã e o Grupo B constituído pelos alunos da UEE da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. Ambas as sessões tinham como estrutura o ritual de entrada, que englobava as entradas na piscina pelas escadas e a realização de uma atividade em roda de mãos dadas que implicava imergir ou emergir partes do corpo, consoante a escolha de cada aluno. Este ritual visava melhorar a tolerância ao contacto com a água, promover o controlo respiratório adequado e a nomeação de partes do corpo. Segue-se a fase fundamental composta por circuitos e jogos, sendo habitualmente o primeiro jogo relacionado com competências de adaptação ao meio aquático e fatores psicomotores, ao passo que o segundo jogo explorava aspetos do domínio sócio-emocional e comportamental, envolvendo jogos de equipa, cooperação, resolução de problemas e interação entre pares, que podiam ser escolhidos pelos alunos. No retorno à calma, realizavam-se tarefas de relaxamento, como deslocamentos na água com apoio de materiais flutuantes manuseados pelos técnicos. Por fim, no ritual de saída, realizava-se uma roda, onde os alunos escolhiam uma música, cantavam-na e realizavam ações de imersão, finalizando-se a sessão com as saídas da piscina pelas escadas.

Em algumas sessões, após a fase fundamental era criado um momento que se designou por “tempo livre”, onde os alunos realizavam as tarefas e os jogos que quisessem numa exploração livre do espaço, dos materiais e das relações com os outros. As sessões do Grupo A foram compostas por tarefas mais simples de iniciação e adaptação ao meio aquático, com incidência no contacto com a água, deslocamentos na piscina e controlo da respiração. Por seu lado, o Grupo B realizou tarefas mais complexas, iniciando a propulsão, batimento de pernas, imersão, controlo respiratório e flutuação.

Em termos de estratégias de intervenção salientam-se:

- Rotinas e regras claras e bem definidas, com consequências imediatas e compreendidas pelo aluno;
- Uso do reforço positivo para incentivar o aluno;
- Criação de um ambiente estruturado e horário com suporte visual (para tranquilizar e conter algumas ansiedades) tornando o ambiente mais securizante;
- Recorrer à autoavaliação do desempenho e do comportamento, tomada de iniciativa/decisão e interesses por parte do aluno;
- Recurso à repetição para melhorar, consolidar e/ou adquirir competências;
- Partilha de informação e estratégias entre técnicos, pais e docentes, fortalecendo a relação escola vs. contexto terapêutico vs. família.

A intervenção, por parte da estagiária foi gradual, existindo observação inicial, dinamização das sessões de forma autónoma e avaliação. Ao longo da intervenção foram tidas em conta estratégias propostas nos métodos de intervenção para a população com PEA (e.g. TEACCH, ABA e DIR), bem como algumas bases do Modelo da Resiliência (Daniel & Wassell, 2002). Nos subpontos seguintes será apresentada uma descrição relativa à intervenção psicomotora nas três escolas apoiadas pertencentes à AGAN.

2.1.1. EB1/JI José Ruy

Na EB1/JI José Ruy as sessões foram de carácter individual, decorrendo à quinta-feira de manhã. Foram acompanhados seis alunos, sendo cinco do 1º Ciclo e um do JI, todos pertencentes à UEE. As sessões ocorreram no edifício do JI, i.e., tanto na sala de intervenção precoce como no ginásio da escola, tendo a duração de 45 minutos com uma frequência semanal. A dinamização e acompanhamento de quatro casos foi da responsabilidade da estagiária, indo buscar os alunos à UEE ou à respetiva sala e posteriormente entregá-los. Os outros dois casos estavam à responsabilidade das estagiárias de licenciatura. Foi no ginásio desta escola que foram observadas sessões de avaliação inicial de dois alunos dinamizadas pelo psicomotricista do Agrupamento, tendo tido continuidade com as estagiárias de licenciatura. Na fase de observação, a estagiária esteve inserida numa das salas do JI, às quintas-feiras de manhã a interagir e observar os comportamentos do A.P., um dos estudos de caso, inserido na turma. A estrutura das sessões manteve-se de acordo com a descrição anterior, no entanto como os alunos apresentavam uma comunicação verbal reduzida, o diálogo inicial e final era realizado recorrendo a gestos ou imagens que representassem o que mais gostaram e o que menos gostaram. No retorno à calma, devido às necessidades dos alunos, recorreu-se com frequência a músicas do seu interesse, utilizando-se maioritariamente jogos de embalo e contenção física, massagem com bola, balão e/ou saco de água quente com nomeação das partes do corpo, envolvendo prioritariamente o toque. Todas as tarefas realizadas tiveram por base os objetivos individuais de cada aluno, promovendo, essencialmente, os fatores psicomotores e as competências sociais.

2.1.2. EB1/JI Condes da Lousã

Na EB1/JI Condes da Lousã as sessões foram individuais, decorrendo à quarta-feira de manhã e à sexta-feira. Foram acompanhados sete alunos, todos do 1º Ciclo, seis pertencentes à UEE e um aluno com NEE inserido no ensino regular. As sessões ocorreram no ginásio do edifício do 1º Ciclo, na sala 11, que era modificada para ficar mais ampla, e pontualmente no centro de recursos (biblioteca e sala de informática), tendo a duração de 45 minutos para cinco alunos e 30 minutos para dois alunos, com uma

frequência semanal. Houve a necessidade de uma redução do tempo para 30 minutos nestes dois alunos, de modo a maximizar a atenção e foco nas tarefas e minimizar comportamentos desviantes e sentimentos de frustração. A dinamização e acompanhamento foi da responsabilidade da estagiária, indo buscar os alunos à UEE ou à respetiva sala e posteriormente entregá-los. A estrutura das sessões manteve-se de acordo com a descrição anterior, existindo porém adaptações de acordo com o nível de desenvolvimento e das competências dos alunos. Dada a diversidade e heterogeneidade dos alunos desta escola, as estratégias e as tarefas realizadas foram muito variáveis, existindo em comum os circuitos e a escolha de materiais por parte dos alunos. No retorno à calma, recorreu-se a massagem com bola e balão com nomeação das partes do corpo, a fibras óticas iluminadas, técnicas de meditação infantil (foco na postura e na respiração), conto de histórias e contenção acompanhada por melodias cantadas. A intervenção psicomotora baseou-se nos objetivos individuais de cada aluno, promovendo, os fatores psicomotores e as competências sociais.

2.1.3. EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves

Na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves as sessões foram individuais e a pares, acontecendo à segunda-feira e à terça-feira de manhã. Realizaram-se com nove alunos, três de 2º Ciclo, cinco de 3º Ciclo e uma aluna do Secundário, estando todos inseridos na UEE. As sessões ocorreram na sala terapêutica, que estava adaptada ou em espaços exteriores. A duração das sessões foi de 45 minutos, ocorrendo uma vez por semana. A dinamização e acompanhamento de oito alunos foi da responsabilidade da estagiária indo buscá-los e levá-los à UEE. O outro aluno foi acompanhado pelo orientador local. A estrutura das sessões manteve-se ao que foi acima descrito, existindo variabilidade nos conteúdos de cada sessão, segundo as necessidades e os objetivos a atingir de cada aluno. Nos alunos em que havia um maior nível de funcionalidade, além dos fatores psicomotores e do comportamento, foram tidos em conta alguns parâmetros do Modelo da Resiliência (Daniel & Wassell, 2002), incidindo-se na capacidade de iniciativa, criação de laços positivos (e.g. diálogo inicial), resolução de problemas, capacidade de autoavaliação do desempenho e pensamento criativo (e.g. fase fundamental e diálogo final).

Nesta escola decorreram as sessões de Dança & Movimento, no ginásio com um grupo de 22 alunos, sendo sete pertencentes à EB1/JI José Ruy, cinco da EB1/JI Condes da Lousã e 10 da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. A descrição destas sessões, bem como os seus objetivos gerais encontram-se acima mencionados.

2.2. Relação com outros profissionais e família

Além do contacto com os alunos acompanhados, o estágio envolveu a integração numa equipa multidisciplinar, existindo relação com outros profissionais da AGAN (psicomotricista, psicóloga, professores de educação especial, mediador e técnico de serviço social), do CRI da AFID (psicóloga, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional), bem como com professores do ensino regular e com assistentes operacionais. A troca de informação realizou-se através de reuniões pontuais e ao longo do estágio, diariamente, através da transmissão e partilha de informações informais, nas horas de almoço, entre sessões e nos intervalos escolares. Esta articulação permitiu 1) a definição de estratégias comuns para atingir os objetivos individuais de cada aluno nos vários contextos, 2) estabelecer elos de ligação mais fortes entre a escola, a família, as sessões e as outras terapias, dando uma melhor fluidez e continuidade ao processo, 3) possibilitaram a introdução de novos objetivos de intervenção e 4) perceber se as competências trabalhadas em sessão eram transferidas para os outros contextos.

O contacto com as famílias foi reduzido, tendo-se realizado informalmente ao final do dia escolar aquando da vinda dos pais para levar os seus filhos, ou em reuniões formais para entrega dos relatórios de avaliação. As reuniões com as famílias realizaram-se na EB1/JI José Ruy em dois momentos para cada aluno (janeiro e junho de 2016) e na EB1/JI Condes da Lousã e EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves num momento (junho a julho de 2016). Tendo em conta que o horário da maior parte das reuniões coincidia com o horário de intervenção da estagiária, foi como representante desta às reuniões entregar os relatórios do âmbito da sua intervenção o orientador de estágio ou o professor de ensino especial responsável pelo caso, sendo transmitidas posteriormente as dúvidas e informações abordadas nas reuniões. Caso surgissem dúvidas após a reunião e/ou após a leitura do relatório de avaliação, os pais podiam marcar uma reunião com a estagiária, tendo uma família recorrido a esta opção. Presencialmente a estagiária teve a possibilidade de estar em duas reuniões, com um aluno da EB1/JI José Ruy e outro da EB1/JI Condes da Lousã.

3. Processo de Intervenção

Nos subpontos seguintes será apresentada a intervenção psicomotora realizada com os alunos acompanhados na AGAN, estando presente o planeamento da intervenção, a avaliação realizada (instrumentos e condições de avaliação), a caracterização da população apoiada, os estudos de caso e respetivos dados anamnésicos, resultados e discussão de resultados relativos à intervenção realizada em contexto de ginásio.

3.1. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção nas escolas pertencentes à AGAN foi composto por quatro momentos: 1) Atividades de Observação, 2) Avaliação Inicial, Planos de Intervenção, Relatórios de Avaliação e Reuniões com Encarregados de Educação, 3) Planeamento e Dinamização das Sessões e 4) Avaliação Final, Planos de Intervenção, Relatórios de Avaliação e Reuniões com Encarregados de Educação. O primeiro momento aconteceu de outubro a dezembro de 2015, o segundo momento de novembro de 2015 a março de 2016, o terceiro momento de novembro de 2015 a junho de 2016 e o quarto momento de maio a julho de 2016 (consultar o Cronograma de Procedimentos do Estágio presente na tabela 10, pg. 39).

Foram observadas 5 aulas no JI da EB1/JI José Ruy, 10 sessões individuais de avaliação inicial em psicomotricidade, 7 sessões na piscina e 10 sessões de Dança & Movimento. No total foram realizadas 320 sessões individuais em ginásio, 30 sessões grupais de Dança & Movimento e 42 sessões grupais em meio aquático. A intervenção iniciou-se a 15 de outubro de 2015 e finalizou-se em junho de 2016, sendo as datas de início variáveis de acordo com a tipologia de sessão (consultar a Calendarização das Sessões, tabela 13, pg. 41). Relativamente à estrutura das sessões esta encontra-se descrita acima no subtópico designado por Intervenção Psicomotora (pg. 43 a 47), estando expostas as características dos alunos de cada escola que conduziram ao planeamento da intervenção realizada.

3.2. Avaliação

Em psicomotricidade avaliar é essencial para que se possa desenvolver um plano de intervenção mais adequado às necessidades e competências de cada aluno, permitindo não só delinear os objetivos, pontos fortes e fracos, como perceber quais os progressos que aconteceram ao longo da intervenção e em que domínios.

3.2.1. Instrumentos da Avaliação

Os instrumentos aplicados foram a Grelha de Avaliação Psicomotora de 1º e 2º Ciclo – GAP-1 e GAP-2 (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012), o Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDQ (Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2014 traduzido de Goodman et al., 2010), o Perfil Psicoeducacional 3ª Edição – PEP-3 (APPDA, 2010 versão traduzida de Schopler, Lansing, Reichler & Marcus, 2005), a Escala de Adaptação ao Meio Aquático - EAMA (AGAN, 2015b versão adaptada de APPDA, 2013) e a Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora – LOFOPT (Coppennolle, Simons, Pierloot, Probst & Knapen, 1989). Nas sessões individuais as avaliações foram realizadas com base na GAP-

1, na GAP-2, no SDQ e ao A.P. foram ainda aplicados alguns itens do PEP-3, nas sessões em meio aquático teve-se por base a EAMA e nas sessões de Dança & Movimento a LOFOPT (tabela 16).

Tabela 16 – Instrumentos utilizados consoante os alunos

Aluno	Género	Idade (anos)	Ano letivo	Instrumentos					
				GAP-1	GAP-2	SDQ	PEP-3	LOFOPT	EAMA
A.P.	M	6	Jl	X	---	X	X	X	X
B.V.	F	10	4º	---	---	---	---	X	---
D.A.	M	9	4º	X	---	X	---	X	X
D.R.	M	8	2º	X	---	X	---	X	X
G.B.	M	11	4º	X	---	---	---	X	X
G.M.	M	11	4º	X	---	X	---	X	---
R.N.	M	10	3º	X	---	---	---	X	X
A.M.	M	7	2º	X	---	X	---	X	X
D.B.	F	7	2º	X	---	X	---	X	X
J.L.	M	8	2º	X	---	X	---	X	X
L.C.	M	12	3º	X	---	X	---	---	---
L.F.	F	9	3º	X	---	X	---	X	X
N.N.	M	8	3º	---	X	X	---	X	X
T.A.	M	9	2º	---	X	X	---	---	---
B.C.	M	12	5º	---	X	X	---	X	X
C.D.	M	16	8º	---	X	X	---	X	X
H.G.	M	14	7º	---	X	X	---	X	X
I.D.	M	15	8º	---	X	X	---	X	X
J.A.	M	18	10º	---	---	---	---	X	---
L.S.	M	11	5º	---	X	X	---	X	X
M.C.	F	13	7º	---	X	X	---	X	X
M.R.	M	13	6º	X	---	---	---	X	X
R.M.	F	16	10º	---	X	X	---	X	X
T.S.	M	15	8º	---	X	X	---	X	X

EB1/Jl José Ruy identificada a amarelo; EB1/Jl Condes da Lousã identificada a cor de laranja; e a EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves identificada a azul.

M – Masculino; F – Feminino.

3.2.1.1. GAP-1 e GAP-2 (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012)

A GAP-1 e a GAP-2 foram adaptadas da Grelha de Observação – Perfil Psicomotor Comportamental (Maria et al., 2012), que foi criada a partir de um conjunto de instrumentos, tendo por base a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2007), a Exploración Psicomotriz (Ortega & Obispo, 2007), a L'Examen Psychomoteur: Enfants à partir de 6 ans (Leplat, 2005), a Schedule of Growing Skills (Bellman, Lingam, & Aukett, 2003), a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Barnard et al., 2007), a Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children (Werder & Bruininks, 1988) e a Peabody: Developmental Motor Scale (Werder & Bruininks, 1988). A GAP-1 e a GAP-2 pretendem

detetar défices funcionais (ou substanciar a sua ausência) em termos psicomotores, cobrindo a integração sensorial e percetiva, que se relaciona, por sua vez, com a aprendizagem de cada aluno. A GAP-1 é composta por tarefas direcionadas às competências esperadas para alunos de 1º Ciclo, ao passo que a GAP-2 foi desenvolvida para alunos de 2º Ciclo, incluindo tarefas com um maior nível de complexidade (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012).

A GAP-1 é constituída por 149 itens e a GAP-2 por 163 itens estruturados em fatores que avaliam o perfil psicomotor do indivíduo. Os domínios que compõem estes instrumentos diferem relativamente ao número de itens, existindo 9 domínios: a Tonicidade com 3 itens; a Equilibração com 25 itens na GAP-1 e 27 itens na GAP-2, dividindo-se pelo equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico; a Lateralização composta por 7 itens; a Noção do Corpo com 6 itens na GAP-1 e 8 itens na GAP-2; a Estruturação Espaço-Temporal com 9 itens na GAP-1 e 11 itens na GAP-2; a Praxia Global composta por 24 itens na GAP-1 e 26 itens na GAP-2, tendo como subdomínios a motricidade global, a coordenação óculo-podal e a coordenação óculo-manual; a Praxia Fina formada por 14 itens na GAP-1 e 19 itens na GAP-2; as Competências Cognitivas e Noções Espaciais com 15 itens na GAP-1 e 16 itens na GAP-2; e o Comportamento com 46 itens distribuídos por 5 subdomínios: a relação interpessoal (15 itens), o ambiente/material (10 itens), o sensorial (7 itens), a linguagem e comunicação (8 itens) e os outros comportamentos (6 itens). O domínio do Comportamento é avaliado de forma qualitativa e observacional, não existindo tarefas específicas para cada item, sendo mais a identificação da presença ou ausência de determinado comportamento (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012).

A cotação divide-se em 3 níveis: *Adquirido* (A), quando a tarefa é realizada com sucesso; *Em Aquisição* (EA), quando é necessário auxílio ou exemplificação antes da realização da tarefa se concretizar; e *Não Adquirido* (NA), quando a tarefa não é realizada, mesmo com ajuda ou após demonstrações. Quando um item não é observado cota-se como *Não Observado* (NO), quando não há comunicação verbal cota-se como *Não Verbaliza* (NV) e quando se pretende adicionar observações existe um espaço reservado em cada item para esses apontamentos (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012).

Os materiais necessários para aplicar estes instrumentos estão descritos de forma pormenorizada nos critérios de avaliação, sendo alguns dos materiais o colchão, o banco sueco, as barreiras com 20, 30 e 40 centímetros de altura, os arcos, bolas de diferentes dimensões, cartões com tempos sociais, pinos, cubos pequenos, garrafa com tampa,

folhas de papel, tesoura, lápis, sapatos com atacadores, folha com labirinto e com pontilhado ondulado e cartões com expressões faciais. Para completar a avaliação a duração média é de 180 minutos, distribuída por quatro sessões de 45 minutos, sendo indicado ocorrer num ginásio (Maria & Rodrigues, 2014a adaptado de Maria et al., 2012; Maria & Rodrigues, 2014b adaptado de Maria et al., 2012).

3.2.1.2. LOFOPT (Coppenolle et al., 1989)

A LOFOPT foi desenvolvida com o intuito de planificar objetivos individualizados em intervenção psicomotora, originalmente para pacientes com quadros psiquiátricos. É um instrumento de observação que permite avaliar características disruptivas da personalidade, bem como comportamentos desviantes no decorrer das atividades (Coppenolle et al., 1989).

É uma escala constituída por 9 itens: 1) as relações emocionais, que avaliam a qualidade e adequação das relações que o indivíduo estabelece com os outros em sessão; 2) a autoconfiança, que é relativa ao grau de independência que o indivíduo tem com os outros; 3) o tipo de atividade, que se prende com o tipo de participação adotada pelo indivíduo nas tarefas; 4) a relaxação, relativa à forma como o indivíduo concretiza e observa as tarefas com presença ou ausência de tensão muscular; 5) o controlo do movimento, que verifica o modo como o indivíduo se movimenta, ao avaliar se os movimentos realizados são controlados e fluidos; 6) a capacidade de atenção, que avalia o foco na tarefa, bem como a capacidade de compreensão e concentração nesta; 7) a expressão corporal, que permite verificar a forma como o indivíduo se expressa, através da sua postura, movimentos e expressões faciais realizadas; 8) a comunicação verbal, que remete para a capacidade do indivíduo estabelecer contactos verbais significativos com os outros, em sessão, de forma ajustada e contextualizada; e 9) as regras sociais, associadas ao cumprimento de regras e de acordos estabelecidos (Coppenolle et al., 1989).

A cotação é entre -3 e 3, sendo a pontuação de 0 correspondente a um comportamento ajustado, i.e., não perturbado. Os valores positivos correspondem a um excesso de competência e os valores negativos a escassez ou ausência, sendo os extremos +3 e -3. Não existem condicionantes relativos aos materiais a utilizar, nem à duração da avaliação, no entanto tem-se como principal critério a observação do indivíduo no seu contexto habitual de sessão, devendo existir várias atividades para que sejam representativas de diferentes tipos de movimentos, evitando atividades demasiado violentas ou com demasiados *skills* motores (Coppenolle et al., 1989).

3.2.1.3. EAMA (AGAN, 2015b adaptado de APPDA, 2013)

A EAMA foi uma adaptação da AGAN (2015b) à escala realizada pela APPDA (2013). Esta escala visa avaliar a autonomia, a adaptação e o desempenho psicomotor em meio aquático. A EAMA é constituída por duas seções, a A relativa à Adaptação ao Meio Aquático, que abrange 42 itens, e a seção B com o Perfil Psicomotor com 44 itens. Na seção A, tem-se nove competências: a entrada na água (3 itens), saída da água (3 itens), contacto com a água (3 itens), reação ao contacto com a água (3 itens), flutuação (6 itens), função respiratória (6 itens), propulsão (4 itens), deslocamentos na água (9 itens) e imersão (5 itens). Por sua vez, na seção B, tem-se oito competências: a tonicidade (3 itens), a lateralização (3 itens), a equilibração (8 itens), a noção do corpo (3 itens), a estruturação espacial (8 itens), a estruturação temporal (6 itens), a motricidade global (9 itens) e a imitação (4 itens). Assim, a EAMA é composta por um total de 86 itens e 17 competências. A cotação é realizada com recurso às letras: A (Adequado), L (Ligeiro), S (Severo), N/O (Não Observado), e N/V (Não Verbaliza), de acordo com o desempenho do aluno. Em termos de duração, tarefas específicas, materiais ou de condições de avaliação, não existem restrições ou indicações rígidas (AGAN, 2015b).

3.1.2.4. SDQ (Fleitlich et al., 2014 traduzido de Goodman et al., 2010)

O SDQ é um breve questionário de despiste comportamental para crianças dos 3 aos 16 anos de idade. O mesmo apresenta várias versões para atender às necessidades dos investigadores, clínicos e educadores, sendo elas a versão base, o suplemento de impacto e as questões complementares de *follow-up*. Estas versões encontram-se disponíveis *online* para que haja acesso para todos os pais e educadores (Fleitlich et al., 2014).

A versão base foi a utilizada, pelo que se procederá à sua caracterização. É uma versão composta por 25 questões, positivas e negativas, que compõem cinco subescalas: Sintomas Emocionais, Problemas de Comportamento, Hiperatividade, Problemas de Relacionamento com os Colegas e Comportamento Pró-social, com cinco questões cada. As primeiras quatro subescalas somadas dão origem à cotação *Total das Dificuldades* do aluno, baseando-se nas primeiras 20 frases correspondentes. As restantes pontuações prendem-se à cotação das frases relativas a cada subescala. Assim, a cotação é realizada de 0 a 2, onde 1 corresponde a “é um pouco verdade”, ao passo que “não é verdade” e “é muito verdade” varia entre 0 e 2 consoante a frase em questão. A cotação total de cada subescala dá origem a um valor que se encaixa num intervalo pré-definido, que reflete as dificuldades ou capacidades daquele aluno, ou seja, se é um valor “Normal”, “Atípico” ou “Moderado”. A avaliação é realizada com base na observação dos comportamentos do aluno nos seus respetivos contextos (Fleitlich et al., 2014).

3.1.2.5. PEP-3 (APPDA, 2010 versão traduzida de Schopler et al., 2005)

Foram utilizados alguns itens do PEP-3 (APPDA, 2010) no A.P. numa tentativa de padronizar e utilizar um instrumento validado, neste caso para a população norte-americana, realizando-se uma comparação com a escala utilizada para avaliar habitualmente na AGAN, a GAP-1. Neste sentido, foi aplicada somente uma vez os itens que não eram avaliados pela GAP-1 (Anexo III, pg. 130), estando de seguida uma breve descrição do instrumento.

O PEP-3 é uma terceira edição que surgiu com Shopler et al. (2005), este avalia competências e comportamentos em crianças com PEA ou com perturbações associadas à comunicação. Identifica pontos fortes de aprendizagem, competências emergentes e outras informações pertinentes, com o objetivo de construir um plano psicoeducacional, segundo o Modelo TEACCH. Está direcionado a crianças entre os 6 meses e os 7 anos, tendo a duração média de 45 a 90 minutos a aplicar. É realizada através de observação comportamental do desempenho na tarefa, bem como pelo relatório do cuidador, sendo constituído por 10 pontuações de subtestes (desenvolvimento verbal/pré-verbal, linguagem expressiva, linguagem recetiva, motricidade fina, motricidade grosseira, imitação visuomotor, expressão afetiva, socialização, comportamento motor e comportamento verbal) e 3 compósitos (problemas comportamentais, autocuidado e comportamento adaptativo). Cada parâmetro tem tarefas específicas a serem realizadas ou comportamentos a serem observados com critérios de avaliação pormenorizados e materiais pré-definidos (Schopler et al., 2005). Na versão da APPDA (2010), o PEP-3 é composto por um total de 172 itens.

3.2.2. Condições de Avaliação

Tanto nas sessões individuais como nas grupais, a avaliação dos alunos aconteceu em dois momentos, sendo eles a avaliação inicial – novembro de 2015 a fevereiro de 2016 – e a avaliação final – maio a junho de 2016 (consultar a Calendarização das Sessões, tabela 13, pg. 41, para ver datas de início e fim mais detalhadas). No caso das sessões individuais, a avaliação e a redação dos relatórios foi realizada pela estagiária, aconteceu no ginásio ou nos espaços disponíveis da escola e abrangia aproximadamente duas a quatro sessões de 45 minutos. Nas sessões de grupo de Dança & Movimento, a avaliação foi realizada em conjunto com o psicomotricista, a estagiária de mestrado e as estagiárias de licenciatura, sendo os relatórios de avaliação redigidos pelo psicomotricista. A avaliação englobava quatro sessões de 60 minutos. Por sua vez, em meio aquático, os dados eram recolhidos por observação informal, sendo a avaliação realizada pelo psicomotricista e a estagiária de mestrado, com redação dos relatórios por parte do psicomotricista.

3.3. População Apoiada

A população apoiada no âmbito do estágio pertencente ao Agrupamento dividiu-se por três escolas, a EB1/JI José Ruy, EB1/JI Condes da Lousã e a EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. Foram acompanhados no total 24 alunos, sendo 7 alunos da EB1/JI José Ruy (6 do género masculino; 1 do género feminino), 7 alunos da EB1/JI Condes da Lousã (5 do género masculino; 2 do género feminino) e 10 alunos da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves (8 do género masculino; 2 do género feminino). A média de idades é de 11 anos, sendo a idade mínima de 6 anos e a máxima de 18 anos. A maioria frequenta o 1º Ciclo (N=14) e tem como diagnóstico PEA (N=17).

Os contextos de intervenção foram em ginásio e em meio aquático, com sessões de cariz diversificado, ou seja, em ginásio houve psicomotricidade individual (N=20) e a pares (N=2) e em grupo houve o projeto de Dança & Movimento (N=22); as sessões em meio aquático (N=19) foram constituídas por dois grupos. Os treinos de boccia foram realizados com os alunos da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, realizando-se em grupo no ginásio da Sede. A frequência das atividades de estágio foi de carácter semanal, tendo uma duração variável: psicomotricidade individual com 45 minutos (à exceção de dois alunos que tiveram 30 minutos), psicomotricidade grupal em Dança & Movimento com 60 minutos, psicomotricidade em meio aquático com 45 minutos e os treinos de boccia com 50 minutos. Estes dados encontram-se descritos na tabela 17.

Tabela 17 – Caracterização da População distribuída pelas atividades de estágio

Aluno	Género	Idade (anos)	NEE	Ano letivo	Atividades de Estágio			
					PM Individual (45 min.)	Dança & Movimento (60 min.)	PM em Meio Aquático (45 min.)	Boccia (50 min.)
A.P.	M	6	PEA	JI	X	X	X	---
B.V.	F	10	PEA + AGD	4º	---	X	---	---
D.A.	M	9	PEA	4º	X	X	X	---
D.R.	M	8	PEA	2º	X	X	X	---
G.B.	M	11	PEA	4º	X*	X	X	---
G.M.	M	11	PEA + DC	4º	X	X	---	---
R.N.	M	10	AGD	3º	X*	X	X	---
A.M.	M	7	PEA + AGD	2º	X***	X	X	---
D.B.	F	7	PEA	2º	X***	X	X	---
J.L.	M	8	PEA + PHDA + SPW	2º	X	X	X	---
L.C.	M	12	DC + PLVF	3º	X	---	---	---
L.F.	F	9	PEA	3º	X	X	X	---
N.N.	M	8	PEA	3º	X	X	X	---
T.A.	M	9	PN	2º	X	---	---	---
B.C.	M	12	PEA	5º	X	X	X	X

C.D.	M	16	PEA + Estigmatismo	8º	X**	X	X	X
H.G.	M	14	SX + DC	7º	X	X	X	X
I.D.	M	15	DC + SLA + S	8º	X**	X	X	X
J.A.	M	18	PEA + DC	10º	---	X	---	X
L.S.	M	11	PEA + DC	5º	X	X	X	X
M.C.	F	13	AGD	7º	X	X	X	X
M.R.	M	13	PEA + DC	6º	X*	X	X	X
R.M.	F	16	DC	10º	X	X	X	X
T.S.	M	15	PEA + DC	8º	X	X	X	X

PLVF – Perturbação da Linguagem, Voz e Fala; PN – Perturbação Neurológica; DC – Défice Cognitivo; AGD – Atraso Global do Desenvolvimento; SPW – Síndrome de Prader Wili; SX – Síndrome de X-frágil; S – Sinequia; SLA – Síndrome de Linfoproliferativo Auto-imune; PM – Psicomotricidade; M – Masculino; F – Feminino.

EB1/JI José Ruy identificada a amarelo; EB1/JI Condes da Lousã identificada a cor de laranja; e a EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves identificada a azul.

*Acompanhamento realizado por outro técnico; **Sessões a pares; ***30 minutos de sessão.

Destes alunos, foram selecionados dois alunos para estudos de caso em intervenção psicomotora individual, um apoiado na EB1/JI José Ruy e outro apoio na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. A seleção teve por base o diagnóstico de PEA, o número de sessões que beneficiaram, a participação em vários contextos e tipologias de intervenção (individual/grupo e piscina/ginásio), bem como a idade, nível de escolaridade e nível de funcionalidade. Desta forma, foi selecionado o aluno mais novo e o único que está incluído no JI e outro aluno do 2º Ciclo, que é dos mais funcionais e acompanha a tempo inteiro a turma regular. Enquanto grupo, foi selecionado o do projeto de Dança & Movimento que aconteceu no ginásio da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves. Estes dados serão apresentados de seguida.

3.4. Estudos de Caso

Os dados anamnésicos recolhidos relativamente aos estudos de caso apresentados tiveram diversas fontes, sendo necessário especificá-las para cada um dos casos. As principais fontes para o A.P. foram o PEI de 2015/2016 e 2016/2017, anamneses preenchidas pela mãe em 2011 e 2013, relatórios das educadoras de infância, professores de educação especial e por técnicos que acompanharam o aluno. Por sua vez, os dados do B.C. tiveram como base o PEI de 2015/2016, relatórios da UEE, relatórios médicos e o relatório da psicóloga do CRI da AFID de 2016 que inclui uma entrevista familiar realizada no mesmo ano aos pais. Já os dados dos alunos que constituem o grupo do projeto de Dança & Movimento tiveram como base as Grelhas de Matrículas, Equipa e Plano de Atividades Anual de 2015/2016 da AGAN, bem como as informações presentes em relatórios de técnicos do ano letivo 2014/2015 e 2015/2016.

3.4.1. Estudo de Caso A.P.

3.4.1.1. Caraterização do A.P.

3.4.1.1.1. Dados gerais

- Data de nascimento: 29/12/2009, com 6 anos no momento de intervenção;
- Género: Masculino;
- Problemática: PEA, diagnosticado em junho de 2013 pelo Dr. Pedro Caldeira da Silva em Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia;
- Escolaridade: JI;
- Escola: EB1/JI José Ruy (Integrado na UEE);
- Acompanhamentos: Psicomotricidade Individual 1x/semana, Terapia da Fala 1x/semana, Psicomotricidade em Meio Aquático 1x/semana, Projeto de Dança & Movimento 1x/semana, Educação Especial pela UEE 3x/semana e Nutricionista 1/mês;
- Descrição informal: é um aluno muito afetivo, sorridente, com pouca verbalização, mas muito expressivo, tendo como interesses específicos o abecedário e o inglês.

3.4.1.1.2. Historial Clínico

A gravidez foi vigiada, sem problemas, estando a mãe bem a nível emocional. Aos 4 meses de gestação a mãe teve que ficar de baixa por ter engordado 20 kg. O A.P. nasceu no Hospital dos Lusíadas de cesariana às 40 semanas e 2 dias. Tinha 2,905 kg, comprimento de 49,5 cm e índice de apegar 9 no primeiro minuto e 10 no segundo minuto, não tendo sido detetados problemas pós-parto. O A.P. segurou a cabeça entre os 3 e os 4 meses, deu os primeiros passos com 1 ano e começou a andar aos 14 meses. Aos 2 anos ainda não comia sozinho, tendo adquirido o controlo dos esfíncteres aos 5 anos. O seu sono em 2011 caraterizava-se por ser um pouco agitado. De problemas de saúde teve os adenoides inflamados. Em termos de antecedentes familiares, existem problemas visuais, asma, diabetes e surdez, sendo que o A.P. realizou um exame auditivo que relatou a existência de uma “acuidade auditiva normal”.

Em termos de terapias o A.P. começou a ser acompanhado desde 2012 pela ELI (Equipa Local de Intervenção Precoce da Amadora), tendo intervenção precoce ao domicílio duas vezes por semana (45 minutos cada) no âmbito do SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância). Iniciou em 2013 a terapia ocupacional (1x/semana) e a natação especial.

Foi avaliado em psicologia em 2014/2015, por sugestão da terapeuta ocupacional, pelas Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths, tendo obtido uma idade mental de 37,5 meses, sendo a sua idade cronológica de 63 meses (5 anos). Os seus melhores resultados foram na área da Coordenação olho-mão (idade mental - 50,5 meses), área da Realização

(idade mental – 35 meses) e área da Locomoção (idade mental – 33 meses). Os seus desempenhos mais baixos estiveram na área da Autonomia/Socialização (idade mental – 28 meses), Raciocínio Prático (idade mental – 27 meses) e na Audição/Linguagem (idade mental – 24 meses). Desta forma, o relatório concluiu existirem algumas limitações a serem trabalhadas, bem como um atraso ao nível do desenvolvimento psicomotor global.

Em 2014 iniciou a terapia da fala (1x/semana) e a educação especial (2x/semana). Ao nível da terapia da fala o aluno revelou uma inconsistência no uso das palavras conhecidas e na forma de as produzir, realizava oposição, deitando-se no chão e apresentava uma linguagem expressiva com nomeação de alguns objetos de uso comum, letras e números. Segundo os registos, o A.P. não toma medicação regular.

3.4.1.1.3. Historial Familiar

O A.P. é filho único e vive com os pais. O pai tem 33 anos e a mãe 30 anos, sendo casados e tendo habilitações académicas equivalentes ao 12º ano. Os pais estão empregados, trabalhando em horários rotativos, estando o pai a tempo inteiro e a mãe a tempo parcial para disponibilizar mais tempo para o filho. Em termos de apoio, o aluno tem a mãe, o pai e a tia paterna. Na relação do A.P. com a família existe uma boa relação, sendo mais ligado à mãe. As expectativas dos pais em relação ao filho são que este se torne o mais autónomo possível.

3.4.1.1.4. Historial Académico

O A.P. esteve em casa até 1 ano de idade, ingressando no infantário após essa idade e ficando até aos 2 anos e 3 meses. Voltou a ficar em casa, ingressando em 2013 no JI da EB1/JI José Ruy com UEE para 1º Ciclo por sugestão do Dr. Pedro Caldeira da Silva. No ano letivo 2013/2014, o A.P. revelou dificuldades que vão de ligeira a grave ao nível da autonomia, socialização, comunicação/linguagem recetiva, expressiva, oral, na motricidade e cognição em contexto escolar. No ano letivo 2014/2015, o A.P. teve uma adaptação difícil e demorada, revelando alterações no comportamento e de humor, assim como relutância em aceitar a nova sala e os colegas, adaptando-se no final do 1º período. No ano letivo 2015/2016 continuou no JI por ter algumas limitações e apresentar imaturidade, principalmente ao nível social, tendo iniciado o apoio de Educação Especial da UEE de 1º Ciclo para que se iniciasse uma adaptação gradual a nível do espaço e dos recursos humanos, usufruindo de um apoio pedagógico personalizado.

3.4.1.1.5. Semana Tipo

Na tabela 18 é possível observar o horário semanal do ano letivo 2015/2016 do A.P., onde este tem Apoio de Educação Especial pela UEE três vezes por semana, terapia da fala,

psicomotricidade individual, psicomotricidade grupal em Dança & Movimento e psicomotricidade em meio aquático uma vez por semana, estando o restante tempo em sala com a sua turma.

Tabela 18 – Horário escolar do A.P.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9:00 10:30	Apoio de Educação Especial (UEE)	Terapia da Fala (9h00-9h45)	Grupo/Turma	PM individual (9h00-9h45)	Apoio de Educação Especial (UEE)
		Grupo/Turma		Grupo/Turma	
10:30 11:00	Intervalo				
11:00 12:00	Grupo/Turma				
12:00 13:00	Almoço				
13:00 14:00	Grupo/Turma (13h00-15h00)	Grupo/Turma	Grupo/Turma (13h00-15h00)	Dança & Movimento (13h15-14h15)	Grupo/Turma
14:00 16:00		Apoio de Educação Especial (UEE)			PM em Meio Aquático (15h00-15h45)

PM - Psicomotricidade

Fora da escola, o A.P. iniciou em fevereiro de 2016 natação numa turma regular com seis alunos, indo três vezes por semana e sendo acompanhado pelo professor da turma. Além disso, iniciou em março de 2016 acompanhamento por parte da nutricionista uma vez por mês, iniciando um novo regime alimentar com o intuito de ajustar o seu peso.

3.4.1.2. Resultados da Avaliação pelo SDQ: técnica, educadora e mãe

Foi aplicado o SDQ na primeira quinzena de abril de 2016, sendo preenchido pela técnica, educadora e mãe em momentos separados. Das 25 frases, houve concordância total entre as três escalas preenchidas em 14 frases. Os scores totais encontram-se na tabela 19, tendo sido considerado pela técnica e pela educadora um total de dificuldades moderadas, ao passo que a avaliação da mãe considera estas dificuldades de forma mais gravosa, sendo o score total obtido cotado enquanto atípico. As classificações com total concordância foram obtidas na pontuação ao nível dos sintomas emocionais (perfil “normal”), na pontuação dos problemas de relacionamento com colegas (perfil “atípico”) e na pontuação do comportamento pró-social (perfil “atípico”). O domínio em que a

pontuação final foi mais divergente foi na hiperatividade, onde a técnica considerou existir um perfil “normal”, a educadora um perfil “moderado” e a mãe um perfil “atípico”.

Tabela 19 – Scores Totais do SDQ do A.P. preenchida pela técnica, educadora e mãe

SCORES TOTAIS	TÉCNICA		EDUCADORA		MÃE	
Pont. Total de Dificuldades	14	<u>MODERADO</u>	13	<u>MODERADO</u>	20	<u>ATÍPICO</u>
Pont. de Sintomas Emocionais	2	NORMAL	1	NORMAL	3	NORMAL
Pont. de Problemas de Comportamento	2	NORMAL	0	NORMAL	3	<u>MODERADO</u>
Pont. Hiperatividade	5	NORMAL	6	<u>MODERADO</u>	9	<u>ATÍPICO</u>
Pont. para Problemas de Relacionamento com Colegas	5	<u>ATÍPICO</u>	6	<u>ATÍPICO</u>	5	<u>ATÍPICO</u>
Pont. para Comportamento Pró-social	1	<u>ATÍPICO</u>	3	<u>ATÍPICO</u>	0	<u>ATÍPICO</u>

Analisando por escalas (Anexo IV, pg. 132), a dos sintomas emocionais foi concordante o facto de o aluno não ter dores de cabeça frequentes, não estar em constante preocupação e não se encontrar muitas vezes triste, desanimado ou choroso. No entanto, foi considerado que em situações novas é receoso, pela mãe e pela técnica, ao passo que a educadora considerou ser somente algumas vezes. Em relação aos medos, a mãe considerou que por vezes o A.P. se assusta com facilidade e apresenta alguns medos, não tendo sido notório este comportamento pela técnica, nem pela educadora.

Na escala de problemas de comportamento foi concordante a ausência de lutas com outras crianças, mentiras e roubos. Em discordância esteve a presença de muitas birras e fácil irritabilidade, onde a educadora referiu não ser verdade, a técnica considerou existir algumas vezes e a mãe considerou ser verdade.

Na escala da hiperatividade houve consonância em três frases, uma cotada como sendo muito verdade (“Distrai-se com facilidade”), outra como um pouco de verdade (“Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção”) e outra como não é verdade (“Pensa nas coisas antes de as fazer”). Relativamente ao facto do A.P. ser uma criança irrequieta, muito mexida e que nunca pára, a educadora e a técnica consideraram não ser verdade, e a mãe considerou ser verdade. Também houve divergência na frase “Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos”, onde a técnica considerou não ser verdade, a educadora considerou ser um pouco verdade e a mãe considerou ser verdade.

Na escala dos problemas de relacionamento com os colegas existiu uniformidade em três frases, sendo duas cotadas como verdade (“Em geral as outras crianças gostam dele/a” e “Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças”) e outra cotada como não sendo verdade (“As outras crianças metem-se com ele/a”). Em desacordo esteve o facto de o aluno ter pelo menos um bom amigo, onde a técnica considerou ser um pouco verdade, ao

passo que a educadora e a mãe referiram não ser verdade. Na tendência da criança para se isolar, a técnica e a educadora estiveram de acordo (“É muito verdade”), ao passo que a mãe considerou ser um pouco verdade.

Por fim, na escala de comportamento pró-social houve acordo ao considera-se que o aluno não se voluntaria para ajudar, seja quando alguém está magoado ou noutras situações. As frases em que não existiu concórdia foram “É sensível aos sentimentos dos outros” (técnica e mãe – “não é verdade”; educadora – “é um pouco verdade”), “Partilha facilmente com outras crianças” (técnica e mãe – “não é verdade”; educadora – “é um pouco verdade”) e “É simpático/a e amável com crianças mais pequenas” (mãe – “não é verdade”; técnica e educadora “é um pouco verdade”).

Assim, na escala dos sintomas emocionais o aluno relevou mais capacidades, estando as suas dificuldades presentes sobretudo na escala dos problemas de relacionamento com colegas e na escala de comportamento pró-social.

3.4.1.3. Resultados da Avaliação: Sessões Individuais em Ginásio

As sessões de intervenção psicomotora individual do A.P. iniciaram-se a 26 de novembro de 2015. Estavam previstas 24 sessões, tendo sido realizadas 16 dentro das datas previamente planeadas, mais 3 sessões de compensação no tempo do prolongamento, i.e., até ao dia 24 de junho de 2016. As sessões que não se realizaram foram devido a questões de saúde e visitas de estudo. O instrumento de avaliação utilizado foi a GAP-1.

3.4.1.3.1. Avaliação Inicial

Através da GAP-1 obtiveram-se resultados que de forma sumária são expostos no gráfico 4. A barra de cor verde refere-se às competências adquiridas, a barra amarela às competências que se encontram em aquisição, a barra de cor vermelha corresponde a uma competência que o aluno ainda não adquiriu, e por fim a barra azul quando o aluno não verbaliza.

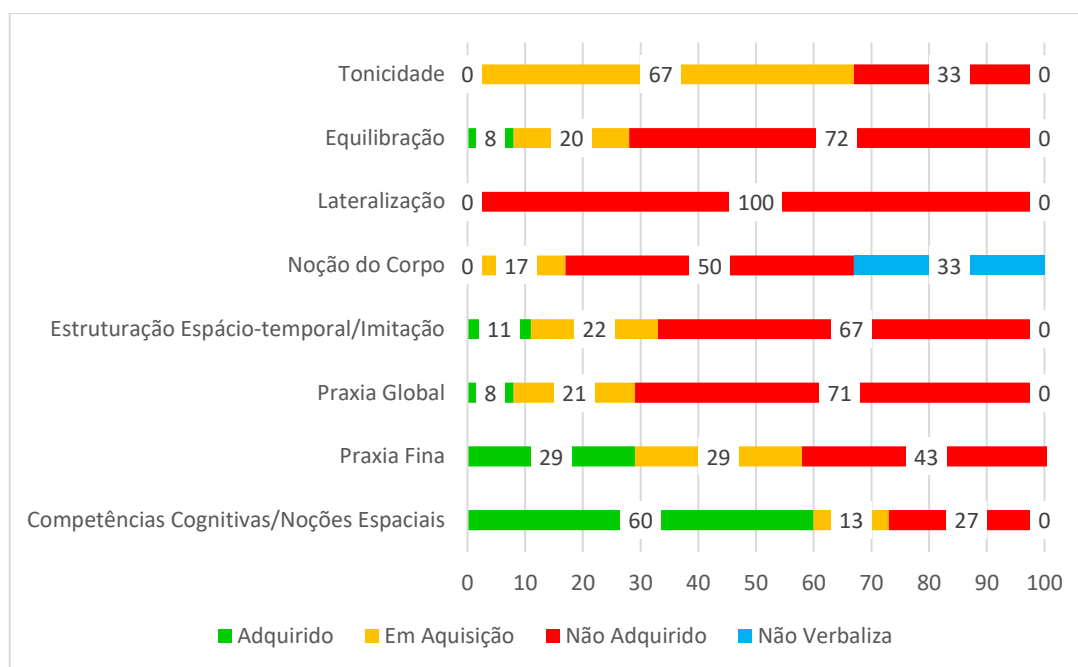


Gráfico 4 – Avaliação Inicial do A.P. pela GAP-1

Tal como demonstra o gráfico 4, o A.P. apresenta mais dificuldades ao nível da equilibração e da praxia global, sendo a sua área forte as competências cognitivas/noções espaciais. Durante a avaliação mostrou ser um aluno com uma boa compreensão do que lhe é pedido, revelando dificuldades sobretudo ao nível motor e da verbalização.

No que respeita à tonicidade o A.P. é maioritariamente hipotónico. Nos movimentos voluntários de flexão e extensão, não consegue ter controlo do movimento, o que conduz a que este parâmetro se encontre em aquisição. Na passividade, conseguiu deixar as extremidades (mãos e pés) relaxadas, contudo as restantes partes encontravam-se tensas e a realizar pequenos movimentos. Por vezes, apresenta algumas estereotipias acompanhadas por sons sem cariz linguístico, bem como a presença de sincinesias na realização das tarefas.

Na equilibração, obteve 2 itens como adquiridos, 5 em aquisição e 18 não adquiridos. As suas dificuldades estiveram relacionadas com o subdomínio da equilibração estática, uma vez que não conseguiu permanecer nas posições pedidas, revelando muitos desequilíbrios e pouco controlo motor. No subdomínio do equilíbrio dinâmico, teve dificuldades nas tarefas que envolviam saltar (a pés juntos, apoio unipodal) e andar sobre uma linha pé-ante-pé, sendo os 2 itens adquiridos relativos ao andar sobre o banco sueco para a frente e para trás. O sucesso das tarefas foi condicionado pela postura incorreta que o aluno adotou, o que conduziu a muitos desequilíbrios.

Na lateralização tem como dominante o lado direito para a audição e para os proprioceptores (mão e pé), sendo que a visão se apresentou como não definida, uma vez que o aluno

utilizou inicialmente o lado direito e posteriormente o esquerdo. Em relação à distinção esquerda-direita, o aluno não conseguiu identificar o lado direito e esquerdo em si, no outro e nos objetos.

Na noção do corpo, o aluno teve 1 item em aquisição, 3 não adquiridos e 2 em que não verbalizou. No juntar as peças das partes do corpo para formar o boneco, o A.P. montou somente a cabeça (cabeça, olhos, cabelo, nariz, boca e orelhas), tendo corretas 8 partes em 18. Nos itens de nomear e referir partes do seu corpo, o aluno não verbalizou. Na tarefa de apontar as partes do seu corpo, não apontou nenhuma e no item de identificar as partes do corpo do outro, o aluno identificou somente a cabeça, boca e nariz. No desenho do corpo obteve 18 pontos em 64, tendo feito a cabeça, tronco, braços, pernas, cabelo, olhos, nariz e boca.

No que concerne à estruturação espaço-temporal/imitação o aluno apresentou 1 item adquirido, 2 em aquisição e 6 como não adquiridos. Em termos de sucesso conseguiu imitar ações do cotidiano, ficando como em aquisição a noção de tempos socializados e a imitação de gestos simples (não respeitou alguns ângulos). As suas dificuldades estiveram presentes sobretudo: na imitação de gestos complexos, onde apresentou desequilíbrios evidentes, fez o movimento incompleto e não respeitou os ângulos; no lançar da bola cumprindo o número de vezes que batia no chão, não agarrava a bola, realizando pontualmente um passe picado (batia só uma vez no chão); na estruturação rítmica verbalizava “forte/fraco”, mas fazia somente o tempo que correspondia ao “fraco”, não seguindo a sequência; na adaptação do movimento ao ritmo, não se adaptou “ao silêncio” e o “rápido/lento” fazia pontualmente; por fim, na distinção de ritmos e na representação topográfica o aluno revelou muitas dificuldades, não tendo feito o que foi pedido. Assim, torna-se evidente que o A.P. apresenta dificuldades em termos de identificação e expressão rítmica, ao nível da imitação e em organizar-se espacialmente.

Na praxia global realizou 2 itens com sucesso, 5 em aquisição e 17 como não adquiridos. Os itens em que obteve sucesso foram o andar coordenadamente e o lançar de uma bola a um alvo com as duas mãos por cima. O correr coordenadamente (os braços não acompanham o movimento, apresenta desequilíbrios e não adota uma postura adequada), subir/descer escadas com pés alternados (sobe, mas não desce), pontapear uma bola diretamente a um alvo a 2 metros e encestar uma bola de ténis (a 0,5 e 1 metro de distância), foram os itens que se encontraram em aquisição. Nos restantes itens, o A.P. apresentou dificuldades significativas na execução das tarefas, estando estas relacionadas com a precisão de movimento, controlo motor, coordenação e equilíbrio. No agarrar a bola, o aluno revelou receio em executar o movimento, desviando-se da bola.

Ao nível da praxia fina, o aluno apresentou 4 itens adquiridos, 4 em aquisição e 6 como não adquiridos. As tarefas realizadas com sucesso foram o encaixe de peças com tamanhos e formas diferentes, realizar uma torre com cubos e realizar o enfiamento de contas num fio com e sem modelo. Em aquisição estiveram o copiar um círculo, uma linha vertical e horizontal (apresentou imprecisões); fazer uma minhoca ondulada em plasticina (precisou de muito reforço e só realizou à terceira tentativa) e a utilização da pinça fina (imatura). As suas dificuldades estiveram relacionadas sobretudo com a precisão e coordenação micromotora (traçar labirintos, seguir pontilhado ondulado, realizar o nó, tamborilar, desenroscar/enroscar e desabotoar/abotoar).

Nas competências cognitivas/noções espaciais o aluno apresentou 9 itens adquiridos, 2 em aquisição e 4 como não adquiridos. Em aquisição estiveram as noções espaciais dentro/fora (não identificou o fora) e longo/curto (identificou pontualmente). As noções espaciais que ainda não adquiriu são o grande/pequeno, alto/baixo, cheio/vazio e mais/menos. Importa referir que o A.P. identificou e nomeou mais de 5 cores, contudo a tarefa teve que ser realizada em inglês.

A nível comportamental o A.P. interage pouco com os pares, mas é muito afetivo, tolerando bem o contato físico. Como interesses específicos apresenta o desenho de letras (abecedário pela sua ordem) e o inglês, motivando-se mais quando pode realizar estas ações no final da sessão. Quando contrariado, atira-se para o chão, numa tentativa de conquistar o que pretende, mas ao ser-lhe explicado/mostrado que o comportamento não é o correto, corrige-o e respeita as regras e indicações do adulto. Apresenta diversas sincinesias e estereotipias, tendo estas reduzido ao longo das sessões de avaliação. Em termos de comunicação, apesar de verbalizar pouco, é um aluno muito expressivo que consegue transmitir com facilidade as suas emoções e necessidades.

3.4.1.3.2. Plano de Intervenção

Para estabelecer o plano de intervenção os objetivos foram construídos de acordo com os resultados obtidos na avaliação da GAP-1, estando presentes na tabela 20. Os resultados do SDQ não foram tidos em conta para estabelecer os objetivos, uma vez que foi aplicada com o intuito de se perceber o perfil das dificuldades e capacidades do aluno nos vários contextos.

Tabela 20 – Plano de Intervenção do A.P. para o 2º e 3º Período

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> Relaxar as extremidades, membros inferiores e superiores, em situações de mobilizações e oscilações articulares induzidas pelo técnico; Desenvolver movimentos de flexão e extensão, com os membros superiores e inferiores, deitado no colchão; Reduzir o número de vezes que apresenta estereotípias e sincinesias durante a realização das tarefas.
Promover a Equilibração	<ul style="list-style-type: none"> Manter-se em apoio retilíneo com os olhos abertos por mais de 5 segundos; Manter-se em pontas dos pés com os olhos abertos por mais de 5 segundos; Manter-se em apoio unipodal com os olhos abertos por mais de 5 segundos; Saltar a pés juntos: <ul style="list-style-type: none"> Em altura; Para baixo; Para a frente; Para trás; Para o Lado. Saltar em apoio unipodal: <ul style="list-style-type: none"> No local; Esquerdo para a frente; Direito para a frente. Saltar barreiras a pés juntos a 20 centímetros de altura; Atravessar o banco sueco de lado; Andar sobre uma linha: <ul style="list-style-type: none"> Para a frente; Para trás. Andar pé-ante-pé sobre uma linha.
Promover a Lateralização	<ul style="list-style-type: none"> Distinguir o lado direito e esquerdo em si.
Promover a Noção do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> Identificar 8 partes do seu corpo; Apontar 8 partes do seu corpo; Referir 8 partes do seu corpo; Realizar o desenho do seu corpo com cotação igual ou superior a 22 pontos, tendo em consideração a sua imagem e todos os pormenores associados a esta.
Promover a Estruturação espaço-temporal / imitação	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os tempos socializados (manhã, tarde e noite); Imitar 4 gestos simples; Imitar 4 gestos complexos; Distinguir ritmos: rápido e lento; Ajustar o movimento a um ritmo lento, rápido e ausência de ritmo; Deslocar-se autonomamente para 4 pontos presentes numa representação topográfica.
Promover a Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> Correr coordenadamente, com oposição dos membros superiores relativamente aos membros inferiores e com passadas grandes; Descer as escadas com pés alternados; Pontapear uma bola para um alvo a 2 metros de distância; Contornar 3 pinos com 50 centímetros de distância entre si (ir e voltar);

	<ul style="list-style-type: none"> • Contornar 3 pinos com 50 centímetros de distância entre si, a conduzir uma bola com os pés (ir e voltar); • Apanhar uma bola a 1 metro de distância; • Lançar uma bola a um alvo por baixo com as duas mãos; • Encestar uma bola de ténis a: <ul style="list-style-type: none"> ○ 0,5 metros de distância; ○ 1 metro de distância; ○ 1,5 metros de distância. • Driblar 4 vezes uma bola só com uma mão no local.
Promover a Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Desenroscar/enroscar a tampa da garrafa; • Desabotoar/abotoar um botão grande e médio; • Fazer um nó nos atacadores dos sapatos ou num modelo; • Copiar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uma linha vertical; ○ Uma linha horizontal; ○ Um círculo. • Fazer uma minhoca de forma ondulada com plasticina; • Utilizar a pinça fina; • Tamborilar autonomamente; • Traçar um labirinto com menos de 7 falhas; • Traçar uma linha sobre o pontilhado ondulado deixando menos de 25 pontos sem serem tocados.
Promover as Competências Cognitivas / Noções Espaciais	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as noções espaciais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dentro/fora; ○ Grande/pequeno; ○ Alto/baixo; ○ Longo/curto; ○ Cheio/vazio; ○ Mais/menos.
Promover Comportamentos Sociais Ajustados	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar e despedir-se dos adultos do JI; • Desenhar menos vezes o abecedário; • Verbalizar quando lhe são realizadas perguntas.

3.4.1.3.3. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada com base no mesmo instrumento, sendo apresentados no gráfico 5 os resultados obtidos na avaliação inicial e final.

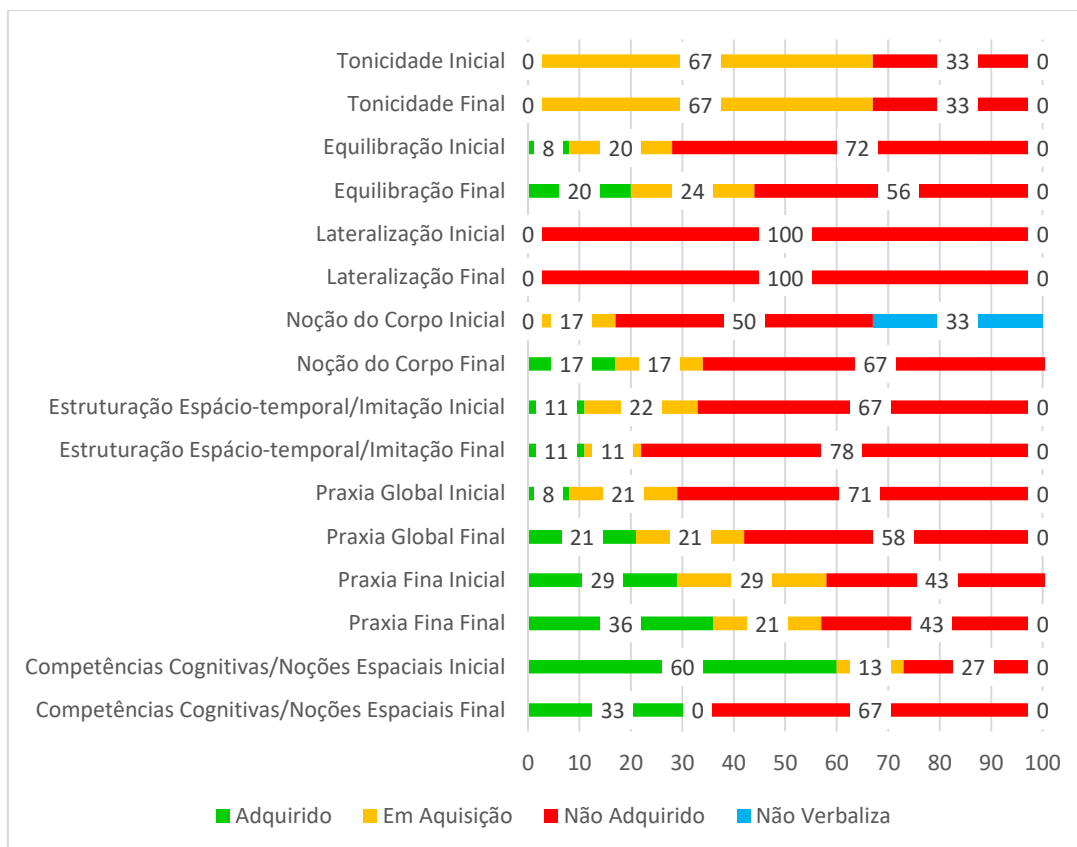


Gráfico 5 – Avaliação Inicial e Final do A.P. pela GAP-1

No gráfico 5 é possível observar que o A.P. apresentou melhorias sobretudo no equilíbrio e na praxia global, sendo a praxia fina a área em que mostrou mais competências. Globalmente, ainda revela diversas competências como não adquiridas ou em aquisição nos fatores psicomotores, sendo a sua área menos forte a lateralização. Nas competências cognitivas/noções espaciais estiveram presentes algumas regressões, onde o aluno ao ser pedido para indicar, distinguir ou apontar determinada opção (e.g. “qual é o cubo que está em cima da cadeira?”), este não seguia a instrução dada e não respondia à questão colocada. Ao longo da avaliação mostrou ser um aluno muito sorridente, respeitador, ao nível motor tornou-se mais aplicado e interessado, mantendo a pouca verbalização.

Avaliando o desempenho por domínios, na tonicidade os objetivos terapêuticos mantêm-se, uma vez que nenhum foi adquirido na totalidade, necessitando de consolidação. Como perfil, o A.P. continua a ser hipotónico, tendo feito melhorias nos movimentos voluntários de flexão/extensão, ao ter um melhor controlo nos membros inferiores. Na passividade passou de em aquisição para não adquirido, uma vez que ao serem induzidas oscilações e mobilizações, o aluno dava continuidade ao movimento iniciado e mudava de posição no colchão. No que diz respeito às sincinesias, durante a avaliação manteve algumas acompanhadas por estereotipias, estando este item em aquisição.

Na equilíbrio verificam-se bastantes melhorias, sendo atingidos 4 objetivos terapêuticos e ficando 2 em aquisição. Assim, foram obtidos 5 itens como adquiridos, 6 em aquisição e 14 não adquiridos. No equilíbrio estático o aluno melhorou, adotando uma postura mais correta e realizando melhores ajustes posturais. Neste subdomínio os itens que melhoraram foram manter-se em apoio retilíneo com os olhos abertos (6 segundos – em aquisição), manter-se em apoio unipodal de olhos fechados (5 segundos – em aquisição) e manter-se em apoio unipodal com os olhos abertos (10 segundos – adquirido). No equilíbrio dinâmico houve uma regressão relativa ao andar sobre uma linha para a frente, onde o aluno já realizava com sucesso metade do percurso e passou a seguir a linha somente com um dos pés, o que fez com que o item ficasse como não adquirido. Neste subdomínio, as melhorias realizadas foram no saltar barreiras com 20 cm a pés juntos (passou para em aquisição), saltar a pés juntos para a frente (ficou adquirido), saltar a pés juntos para trás (passou para em aquisição – já realiza 3 saltos corretamente) e andar no banco sueco de lado (ficou adquirido). As aquisições ao nível do equilíbrio ao serem essenciais para consolidar e adquirir competências em tarefas mais complexas (e.g. pontapear uma bola), tornam estas evoluções importantes, contudo é um domínio em que se deve continuar a investir.

Na lateralização o A.P. manteve os objetivos iniciais, não identificando o lado direito e esquerdo em si, no outro e nos objetos. Como dominante obteve o lado direito para os proprioceptores (mão e pé) e o lado esquerdo dominante para a visão. Na lateralização auditiva passou de dominante direito para não definido, visto que utilizou ambos os lados.

Na noção do corpo o A.P. em 6 itens melhorou 2, fez pequenas melhorias em 3, passando a verbalizar, e manteve o desempenho noutro item. Desta forma, um dos objetivos terapêuticos passou para em aquisição, sendo acrescentado como objetivo a identificação das partes do corpo no outro que permaneceu como não adquirida. No apontar e nomear as partes do seu corpo acertou 7 partes (nariz, boca, olhos, mãos, orelha, cabeça e pés) e no referir partes do seu corpo outras 7 (cabeça, ombros, joelhos, pés, olhos, boca e nariz), mantendo-se como não adquirido. De referir, que as partes do corpo em que o aluno acertou estão relacionadas com uma música que no final das sessões foi cantada e dançada com o toque nas partes do corpo correspondentes à nomeação. O aluno demonstrou muito interesse, tendo sido o próprio a trazer a música para as sessões. No juntar as peças das partes do corpo para formar o boneco, o A.P. montou todas as partes de forma correta, no entanto, apesar de os braços e as pernas terem sido colocados no local certo, estavam posicionados com uma orientação distinta à que tinha sido demonstrada. No desenho do corpo apresentou melhorias obtendo 28 pontos em 64 (antes 18), tendo desenhado como pormenor os cinco dedos em ambas as mãos e apresentado

um traço mais cuidado. No desenho esteve em falta o pescoço, os ombros, a presença de roupa, a distinção das três articulações (pescoço-tronco, cintura-pernas e ombros-braços) e o desenho do corpo a duas dimensões ao invés de uma dimensão.

Na estruturação espaço-temporal/imitação o A.P. mantém os objetivos terapêuticos iniciais, uma vez que ainda não foram adquiridos. Ao nível da cotação o aluno apresentou 1 item adquirido, 1 em aquisição e 7 não adquiridos. Na noção de tempos socializados passou de em aquisição para não adquirido uma vez que o aluno tentou identificar por tentativa e erro, não associando os momentos manhã, tarde e noite às imagens respetivas. Com sucesso realizou a imitação das ações do quotidiano e em aquisição ficou a imitação de gestos simples, em que melhorou a qualidade e precisão da posição imitada, mas continua a não respeitar alguns ângulos. Nos restantes itens, o aluno manteve o desempenho da avaliação inicial, continuando com dificuldades na imitação, em organizar-se espacialmente e na estruturação rítmica.

Na praxia global o aluno adquiriu 4 objetivos terapêuticos e acrescentou-se 3 objetivos (lançar a bola por cima a um alvo com as duas mãos – estava adquirido e passou a não adquirido; e pontapear uma bola diretamente a um alvo a 3 e a 4 metros – estavam não adquiridos e passaram para em aquisição). Os objetivos adquiridos foram o descer as escadas com pés alternados, pontapear uma bola para um alvo a 2 metros de distância, contornar pinos e lançar uma bola a um alvo por baixo com as duas mãos. Assim, em termos de desempenho o aluno obteve 5 itens com sucesso, 5 em aquisição e 14 como não adquiridos. No driblar a bola o aluno necessitou de apoio do adulto executando um máximo de 3 dribles. Na tarefa de agarrar a bola, o A.P. continuou a desviar-se, mantendo o item como não adquirido. Neste domínio o aluno mostrou-se mais empenhado, interessado e cooperante, querendo repetir por iniciativa tarefas em que tinha dificuldades, tornando-se mais ativo, sobretudo em tarefas que envolvessem a utilização da bola.

Na praxia fina foram adquiridos 2 objetivos (copiar uma linha horizontal e uma linha vertical), 1 ficou em aquisição (desenroscar/enroscar) e 1 regrediu (fazer uma minhoca de forma ondulada com plasticina). Desta forma, o aluno apresentou 5 itens adquiridos, 3 em aquisição e 6 como não adquiridos. No traçar do labirinto e no unir o pontilhado ondulado o aluno teve um desempenho inferior, revelando mais falhas e um traço mais impreciso, descontínuo e imaturo, mantendo no entanto, a sua cotação. No tamborilar, na avaliação inicial tinha necessitado de manipulação na execução do movimento, ao passo que na presente avaliação realizou sozinho, mas tocou com o polegar em simultâneo em dois dedos e trocava a sequência, o que fez com que este item continue como não adquirido. Nos restantes itens, o aluno manteve o seu desempenho, revelando dificuldades em movimentos mais precisos e que exigissem uma maior micro coordenação.

Nas competências cognitivas/noções espaciais, estiveram evidentes regressões de competências nas noções espaciais, uma vez que são itens que requerem concentração e que o aluno siga as instruções. Quando eram realizadas perguntas ou dadas instruções relativas às noções espaciais o A.P. não respondia ou não executava o que lhe era pedido, o que fez com que noções que estavam adquiridas (cima/baixo, frente/trás, longe/perto e noção de lado) ou em aquisição (dentro/fora e longo/curto) passassem a não adquiridas. Noções mais cognitivas como identificar/nomear cores (realizou em português), associar objetos da mesma cor, nomear/identificar formas geométricas e reconhecer expressões faciais, sentimentos e emoções permaneceram como adquiridas. Obteve assim, 5 itens adquiridos e 10 itens como não adquiridos, devendo em termos de objetivos terapêuticos, investir-se nas noções espaciais em que havia sucesso total ou parcial.

No comportamento o aluno melhorou adquirindo o objetivo terapêutico relativo ao reduzir o número de vezes que desenha o abecedário, bem como o reduzir o número de vezes que se atirava para o chão quando contrariado. Quando se tratava de uma tarefa que não queria realizar passou a verbalizar o “não”, mostrando intencionalidade de expressar as suas preferências, realizando, contudo, as tarefas e as regras colocadas pelo adulto. Sobretudo nas ações motoras e de equilíbrio foi notório um crescente interesse e motivação por parte do aluno, passando a ser tarefas em que se divertia, ria e procurava repetir. Tarefas como subir/descer as escadas ou permanecer estático durante um determinado tempo, em que o aluno inicialmente apresentava resistência, tornaram-se numa brincadeira em que o A.P. cooperava e até pedia para repetir, mostrando-se muito sorridente. No cumprimentar e despedir-se no JI, com a educadora e nas sessões de psicomotricidade com a técnica o aluno realizou melhorias, acenando um adeus ou verbalizando e cumprimentando com um beijinho ou na procura do dar a mão, devendo continuar a investir-se neste parâmetro. Quando se tratam de tarefas em que o aluno mostra menos interesse, como foi o caso das noções espaciais, o aluno não segue nem responde às instruções que lhe são dadas, sendo importante trabalhar a questão do aluno ser capaz de verbalizar quando lhe são realizadas perguntas, de modo a melhorar a sua comunicação e de forma a prepará-lo para competências mais académicas.

3.4.1.3.4. Recomendações para continuidade da intervenção

Como sugestões futuras será importante o A.P. continuar com sessões de psicomotricidade individuais, pelo menos uma vez por semana, para consolidar os objetivos que foram atingidos no presente ano e para trabalhar as competências que ainda se encontram por adquirir. Além disso, deverá praticar algum desporto de forma regular (e.g. natação) para fortalecer a sua estrutura músculo-esquelética e ajustar o seu peso. Na tabela 21

encontram-se os objetivos do plano de intervenção que se recomenda para o próximo ano letivo.

Tabela 21 – Plano de Intervenção do A.P. para o ano letivo 2016/2017

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxar as extremidades, membros inferiores e superiores, em situações de mobilizações e oscilações articulares induzidas pelo técnico; • Desenvolver movimentos de flexão e extensão, com os membros superiores e inferiores, deitado no colchão; • Reduzir o número de vezes que apresenta estereotípias e sincinesias durante a realização das tarefas.
Promover a Equilibração	<ul style="list-style-type: none"> • Manter-se em apoio retilíneo com os olhos abertos por mais de 8 segundos; • Manter-se em pontas dos pés com os olhos abertos por mais de 5 segundos; • Manter-se em apoio unipodal com os olhos fechados por mais de 8 segundos; • Manter-se em apoio retilíneo com os olhos fechados por mais de 5 segundos; • Saltar a pés juntos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Em altura; ○ Para baixo; ○ Para trás; ○ Para o Lado. • Saltar em apoio unipodal: <ul style="list-style-type: none"> ○ No local; ○ Esquerdo para a frente; ○ Direito para a frente. • Saltar barreiras a pés juntos a 20 cm de altura; • Andar sobre uma linha: <ul style="list-style-type: none"> ○ Para a frente; ○ Para trás. • Andar pé-ante-pé sobre uma linha.
Promover a Lateralização	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir o lado direito e esquerdo em si.
Promover a Noção do Corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar 8 partes do seu corpo; • Apontar 8 partes do seu corpo; • Referir 8 partes do seu corpo; • Realizar o desenho do seu corpo com mais de 42 pontos tendo em consideração a sua imagem e todos os pormenores associados a esta.
Promover a Estruturação espaço-temporal / imitação	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os tempos socializados (manhã, tarde e noite); • Imitar 4 gestos simples respeitando os ângulos; • Imitar 4 gestos complexos; • Distinguir ritmos: rápido e lento; • Ajustar o movimento a um ritmo lento, rápido e ausência de ritmo; • Deslocar-se autonomamente para 4 pontos presentes numa representação topográfica.
Promover a Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> • Correr coordenadamente, com oposição dos membros superiores relativamente aos membros inferiores e com passadas grandes; • Pontapear uma bola para um alvo a uma distância de: <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 metros; ○ 4 metros. • Contornar 3 pinos com 50 centímetros de distância entre si, a conduzir uma bola com os pés (ir e voltar);

	<ul style="list-style-type: none"> • Apanhar uma bola a 1 metro de distância; • Lançar a bola por cima a um alvo com as duas mãos; • Encestar uma bola de ténis a: <ul style="list-style-type: none"> ○ 0,5 metros de distância; ○ 1 metro de distância; ○ 1,5 metros de distância. • Driblar 4 vezes uma bola só com uma mão no local.
Promover a Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Desenroscar/enroscar a tampa da garrafa; • Desabotoar/abotoar um botão grande e médio; • Fazer um nó nos atacadores dos sapatos ou num modelo; • Copiar um círculo. • Fazer uma minhoca de forma ondulada com plasticina; • Utilizar a pinça fina; • Tamborilar autonomamente; • Traçar um labirinto com menos de 7 falhas; • Traçar uma linha sobre o pontilhado ondulado deixando menos de 25 pontos sem serem tocados.
Promover as Competências Cognitivas / Noções Espaciais	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as noções espaciais: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cima/baixo; ○ Frente/trás; ○ Longe/perto; ○ Noção de lado; ○ Dentro/fora; ○ Longo/curto.
Promover Comportamentos Sociais Ajustados	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprimentar e despedir-se dos adultos do JI; • Verbalizar quando lhe são realizadas perguntas; • Seguir instruções que envolvam duas ações.

3.4.1.4. Discussão de Resultados & Reflexão

Na infância o A.P. já apresentava algumas alterações no desenvolvimento (e.g. idade de controlo dos esfíncteres, alterações no sono), sendo que quando entrou na escola teve uma adaptação difícil e demorada, com dificuldades presentes na socialização, na motricidade, na cognição, na linguagem e comunicação, alterações de comportamento e de humor, bem como relutância em aceitar mudanças ou alterações da rotina, historial este típico de uma criança com PEA (APA, 2014). O contexto familiar do A.P. é estável e estruturado, tendo o aluno iniciado terapias e intervenção em tenra idade, o que segundo Ospina et al. (2008) é bastante importante e benéfico para o desenvolvimento da criança.

As dificuldades que o A.P. apresentou nas avaliações estão associadas sobretudo às características típicas do diagnóstico de PEA na sua idade (e.g. APA, 2014; Filipe, 2012). Sendo, que pelo SDQ foram relatados sintomas como falta de atenção, ausência de pensamentos reflexivos (pensar antes de agir), dificuldades nas relações, no comportamento pró-social, receio em situações novas, bem como problemas de comportamento com a presença de birras e irritabilidade. Na GAP-1 os domínios que tiveram as dificuldades cotadas acima de 50% foram a lateralização, estruturação espaço-temporal/imitação, noção do corpo, competências cognitivas/noções espaciais na avaliação final, praxia global e o equilíbrio. De acordo com os autores, estas características

costumam estar presentes nas PEA, sendo a presença de interesses obsessivos, as dificuldades ao nível da interação social e comunicação (APA, 2014; Filipe, 2012; Kanner, 1943), a empatia reduzida (Filipe, 2012), as dificuldades no controlo postural (Vernazza-Martin et al., 2005), a adoção de posturas desadequadas, as dificuldades no planeamento e organização (APA, 2014), os défices na coordenação motora (Martin, 2014), as rotinas rígidas, a adesão inflexível à mudança (APA, 2014; Filipe, 2012; Kanner, 1943), as dificuldades na praxia global (Kanner, 1943; Provost et al., 2007), a reduzida capacidade de imitação (APA, 2014; Kanner, 1943), a presença de birras, irritabilidade e comportamentos desajustados frequentes (Fung et al., 2016; Luiselli, 2012), sintomas estes que contribuem para estes resultados do A.P.

Enquanto áreas fortes, onde esteve presente mais sucesso foi ao nível dos sintomas emocionais (SDQ), da praxia fina e nas competências cognitivas/noções espaciais na avaliação inicial (GAP-1). Enquanto habilidades características das PEA, o A.P. tem competências académicas específicas (saber o abecedário precocemente e falar inglês) e apresenta um conforto e compatibilidade maior com os adultos do que com crianças (SDQ), resultados estes que corroboram as habilidades descritas por Ozonoff et al. (2002).

Em contexto escolar, i.e., em sessão e sala de aula, pelo que foi observado o aluno é maioritariamente passivo e pouco ativo, encontrando-se quase sempre sentado e muito sossegado. A mãe ao relatar sintomas e comportamentos mais evidentes do que os que foram observados na escola, não vai de encontro à literatura, visto que habitualmente é no contexto escolar que as dificuldades do aluno se costumam evidenciar mais, por ser incutida a participação nas aulas e a socialização com os outros (Filipe, 2012). Contudo, segundo a APA (2014) as características das PEA aos 6 anos de idade podem comprometer as aprendizagens e tornar os cuidados e rotinas diárias muito difíceis, podendo as dificuldades sentidas pela mãe estarem associadas à realização destas rotinas e/ou cuidados diários. Além disso, a mãe ao ser o elemento que passa mais tempo com o aluno pode observar mais dificuldades em vários contextos, seguindo-se a educadora (aproximadamente 40h/semana) que apontou mais dificuldades que a técnica, que é o elemento que passa menos tempo com o A.P. (aproximadamente 3h/semana). Este desfasamento entre a escola e a família, pode também estar associado às expectativas dos pais (Pituch et al., 2010) poderem ser distintas das da educadora e da técnica, i.e., das prioridades consideradas em meio escolar (Loovas, 2003; Luiselli, 2012), sendo que neste caso o que os pais pretendem é que o aluno se torne o mais autónomo possível, objetivo este que pode estar a ser trabalhado, com focos, intencionalidade e expectativas diferentes em casa e na escola. Assim, torna-se crucial existir uma maior articulação entre a escola

e a família para que se trabalhe no mesmo sentido (Caliari, 2004; Gomes, 2006; Núñez & Berruezo, 2007).

Em termos da participação e articulação que houve por parte da família, a mãe do A.P. mostrou bastante proximidade, disponibilidade e interesse por compreender, fazer parte do processo e conhecer os objetivos dos planos de sessão, para que também os pudesse reforçar e trabalhar em casa. Esta relação escola-família contribuiu para que houvesse um reforço das competências em vários contextos, o que facilitou as aprendizagens do A.P., tendo esta estratégia adotada sido bastante benéfica (Aujila & Redding, 2013; National Research of Council, 2001). Segundo a literatura, a participação parental, bem como um papel ativo por parte da família deve ir aumentando progressivamente com supervisão técnica para que seja adquirida independência, não só por parte da criança, como por parte da família, ao mesmo tempo que há aquisição de *skills* em vários contextos (Welterlin et al., 2012). Esta participação dos pais no processo terapêutico assegura não só a consistência da intervenção, como ainda maximiza os ganhos (Bibby et al., 2002).

Para primeira vez em intervenção psicomotora integrado numa UEE, o aluno apresentou uma boa adaptação e bastantes evoluções positivas, sendo o impacto da intervenção psicomotora muito positivo com melhorias no equilíbrio, praxia global, praxia fina, comportamento e noção do corpo (GAP-1). Na intervenção o aluno apresentou mais melhorias em quatro domínios (equilíbrio, praxia global, praxia fina e comportamento) que vão de encontro às melhorias mais frequentes de se verificar em intervenção psicomotora individual com PEA em ginásio, tendo também apresentando várias melhorias ao nível da noção do corpo, que também são esperadas, mas não tão frequentes (e.g. Carvalho, 2016; Guerra, 2011; Maria, 2012).

Além disso, foi também atingido um objetivo que era considerado uma preocupação familiar relativamente ao A.P., que foi este ter conseguido perder peso, por volta de 4 kg, num trabalho conjunto entre terapias, natação, nutricionista e família do aluno. Os benefícios desta conquista refletiram-se no desempenho do aluno nas sessões, com melhores resultados no equilíbrio, na praxia global, bem como numa postura mais ativa e mais recetiva às tarefas motoras propostas. Em termos de melhorias comportamentais o aluno passou a reduzir o número de birras e passou a verbalizar mais, o que vai de encontro à literatura (e.g. Bibby et al., 2002; Luiselli, 2010).

Na GAP-1 estiveram presentes regressões no domínio das competências cognitivas/noções espaciais e num item ao nível da estruturação espaço-temporal/imitação nos tempos socializados. Estas regressões não foram significativas, uma vez que estão mais associadas ao temperamento do aluno durante a avaliação do

que às suas competências reais, uma vez que se recusou a realizar alguns dos itens e no Relatório da UEE (01/07/2016) redigido pela docente de ensino especial responsável o aluno tem essas competências (e.g. noção de frente/trás, cima/baixo, dentro/fora; distingue dia/noite). De acordo com a literatura, nas PEA são frequentes alterações de comportamento, com presença de birras ou comportamentos de desafio (Feldman & Werner, 2002; Fung et al., 2016; Luiselli, 2010), onde os interesses obsessivos e atípicos da criança podem comprometer as aprendizagens (APA, 2014; Filipe, 2012), neste caso, o seu desempenho e os resultados na avaliação.

3.4.2. Estudo de Caso B.C.

3.4.2.1. Caraterização do B.C.

3.4.2.1.1. Dados Gerais

- Data de nascimento: 02/04/2003, com 12 anos no momento de intervenção;
- Género: Masculino;
- Problemática: PEA, diagnosticado pela Dr. Gabriela no Hospital de Santa Maria;
- Escolaridade: 5º ano;
- Escola: EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves (Integrado na UEE);
- Acompanhamentos: Psicomotricidade Individual 1x/semana, Terapia da Fala 1x/semana, Psicomotricidade em Meio Aquático 1x/semana, Projeto de Dança & Movimento 1x/semana, Psicologia 1x/semana e Educação Especial pela UEE 1x/semana;
- Descrição informal: é um aluno muito curioso, sempre interessado em aprender mais, aceita com facilidade mudanças e é muito funcional.

3.4.2.1.2. Historial Clínico

O B.C. nasceu prematuro com 1.2 kg de parto provocado aos 7 meses, por a mãe ter que iniciar hemodiálise devido a ter-lhe sido diagnosticada insuficiência renal crónica. O B.C. permaneceu 2 meses na incubadora, tendo alta com 2.4 kg. O irmão mais velho também nasceu de parto provocado devido a paragem cardíaca da mãe que desencadeou a sua condição atual de epilepsia. Até aos 4 anos o B.C. teve um desenvolvimento normal, tendo iniciado, segundo os pais, medicação aos 5 anos (Rubifen 1 de manhã e meio comprimido ao lanche; e Risperidona de 1mg/ml com a toma de 0.75 ml de manhã e 0.75 ml à noite). No ano letivo de 2015/2016, toma Risperidona 2.5ml de manhã e 2.5ml à noite, sendo esta medicação regular e com o propósito de regular o aluno a nível comportamental.

3.4.2.1.3. Historial Familiar

O núcleo familiar é composto pelo irmão mais velho, os pais e a avó materna. Os pais do B.C. estão desempregados e a mãe tem graves problemas de saúde. O B.C. foi sinalizado pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) por negligência, tendo acabado por ingressar em setembro de 2009 no Centro de Acolhimento e Observação Temporário da Casa dos Plátanos em regime de internato. Os pais tinham direito a visitar o filho duas vezes por semana, por ordem do tribunal. Após cerca de três anos institucionalizado voltou a viver com os pais, continuando a família a ser acompanhada pela Santa Casa da Misericórdia. Em novembro de 2013 o pai deixou o B.C. com a avó materna por a casa onde residiam ter sido despejada. Desde essa data que o B.C. está aos cuidados da avó, existindo carências económicas. Neste momento o B.C. reside com a mãe, a avó materna, o irmão e dois primos, estando o pai a residir noutra habitação, mas a manter relação com a mãe do B.C..

3.4.2.1.4. Historial Académico

Em 2008/2009 o B.C. frequentou o JI, pela Santa Casa da Misericórdia, iniciando a leitura e a escrita aos 5 anos. No ano letivo seguinte esteve integrado no 1º Ciclo na EB1 nº 21 de Santa Engrácia, iniciando nesta altura o apoio de Educação Especial pelo Decreto-Lei nº 3/2008, tendo iniciado a frequência de UEE. Do ano letivo de 2009/2010 a 2012/2013 esteve no Agrupamento Patrício Prazeres, usufruindo de apoio a nível de educação especial, terapia da fala, psicologia, psicomotricidade e adaptações curriculares. No ano de 2012/2013 ficou retido no 4º ano por revelar muitas dificuldades escolares e muitas faltas.

Por mudança de residência, em 2013/2014 o B.C. entrou no Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves na EB1/JI Condes da Lousã, integrando a UEE e abandonando a escola a 6 de novembro de 2013, não voltando mais nesse ano letivo. Assim surgiu a abertura de processo na CPCJ por absentismo escolar, problemas de saúde, familiares e sociais graves. No ano letivo 2014/2015 regressou para a EB1/JI Condes da Lousã com apoio da UEE e utilização do transporte escolar, o que facilitou a frequência da escola. Neste ano passou o 4º ano, mas com bastantes dificuldades escolares. Em 2015/2016 ingressou para o 5º ano na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, tendo uma boa adaptação ao 2º Ciclo. Enquanto aluno é um jovem pouco responsável, esquece-se de recados com facilidade, não tem rotinas de estudo, perde material com frequência e esquece-se dos trabalhos de casa. Contudo, revela gostar de frequentar a escola, está integrado numa turma e obteve sucesso na maioria das disciplinas, sendo a Matemática e a Educação Tecnológica as únicas em que apresenta negativa. Em termos de terapias/apoios na escola tem Psicomotricidade em meio aquático, Psicologia, Terapia da fala, Boccia, Psicomotricidade

Individual, Psicomotricidade Grupal em Dança & Movimento e Educação Especial. O apoio escolar que tem é sobretudo dado pelos adultos da UEE, uma vez que o cuidador (a avó) não sabe ler nem escrever.

3.4.2.1.5. Semana Tipo

O B.C. frequenta todas as disciplinas do seu ano letivo, acompanhando a turma, tal como é possível verificar no seu horário escolar de 2015/2016 (tabela 22). Tem apoio ao estudo duas vezes por semana e tem uma vez por semana apoio de Educação Especial pela UEE, Terapia da Fala, Psicologia, Psicomotricidade individual, Psicomotricidade Grupal em Dança & Movimento, Psicomotricidade em meio aquático e Boccia.

Tabela 22 – Horário escolar do B.C.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:20 9:10	Educação Física	Português	Português	Educação Visual	Português
9:15 10:05			História e Geografia de Portugal		Matemática
10:25 11:15	História e Geografia de Portugal	Educação Musical	Ciências Naturais	Matemática	
11:25 12:15	Ciências Naturais	Educação Tecnológica	Inglês	Educação Musical	Inglês
12:20 13:10			Educação Física	Português	
13:10 14:10	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
14:15 15:05	Boccia	Matemática	PM Individual (13h45-14h30)	Dança & Movimento (13h15-14h15)	Apoio ao Estudo
15:10 16:00	Apoio ao Estudo		Terapia da Fala (14h35-15h20)	PM em Meio Aquático (15h00-15h45)	
16:05 16:55		Conhecimento do Mundo			Psicologia
17:00 17:50	EMRC	Educação Especial na UEE			

PM - Psicomotricidade

3.4.2.2. Avaliação pelo SDQ

Na primeira quinzena de abril de 2016 foi preenchido o SDQ pela técnica. Os scores totais encontram-se na tabela 23, onde o aluno obteve um perfil classificado como normal em todos os domínios. Na pontuação dos problemas de comportamento, problemas de relacionamento com os colegas e no comportamento pró-social o B.C. obteve a cotação máxima. Das 25 frases, 19 frases tiveram cotação total, existindo 2 frases do domínio dos sintomas emocionais cotadas como sendo “um pouco verdade” (“Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a” e “Tem muitos medos, assusta-se com facilidade”) e 4 frases do domínio da hiperatividade cotadas como “um pouco verdade” (“É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca pára quieto/a”, “Distrai-se com facilidade, está sempre

com a cabeça no ar”, “Pensa nas coisas antes de as fazer” e “Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção”). Estas 6 frases cotadas como “é um pouco verdade” são o resultado da soma da pontuação total de dificuldades (score de 6).

Tabela 23 - Scores Totais do SDQ do B.C. preenchida pela técnica

SCORES TOTAIS	TÉCNICA	
Pont. Total de Dificuldades	6	NORMAL
Pont. de Sintomas Emocionais	2	NORMAL
Pont. de Problemas de Comportamento	0	NORMAL
Pont. Hiperatividade	4	NORMAL
Pont. para Problemas de Relacionamento com Colegas	0	NORMAL
Pont. para Comportamento Pró-social	10	NORMAL

3.4.2.3. Resultados da Avaliação: Sessões Individuais em Ginásio

O B.C. iniciou as sessões de intervenção psicomotora individual a 11 de janeiro de 2016 e finalizou a 17 de junho do mesmo ano. Estavam previstas 18 sessões, tendo sido realizadas 15 dentro das datas previamente planeadas, mais 1 sessão de compensação para que se finalizasse a avaliação antes do tempo de prolongamento. As sessões que não se realizaram foram devido a questões de saúde, visitas de estudo ou sobreposição de atividades extracurriculares. O instrumento de avaliação utilizado foi a GAP-2.

3.4.2.3.1. Avaliação Inicial

Através da GAP-2 obtiveram-se os resultados expostos no gráfico 6. A barra de cor verde refere-se às competências adquiridas, a barra amarela às competências que se encontram em aquisição e a barra de cor vermelha corresponde a uma competência que o aluno ainda não adquiriu.

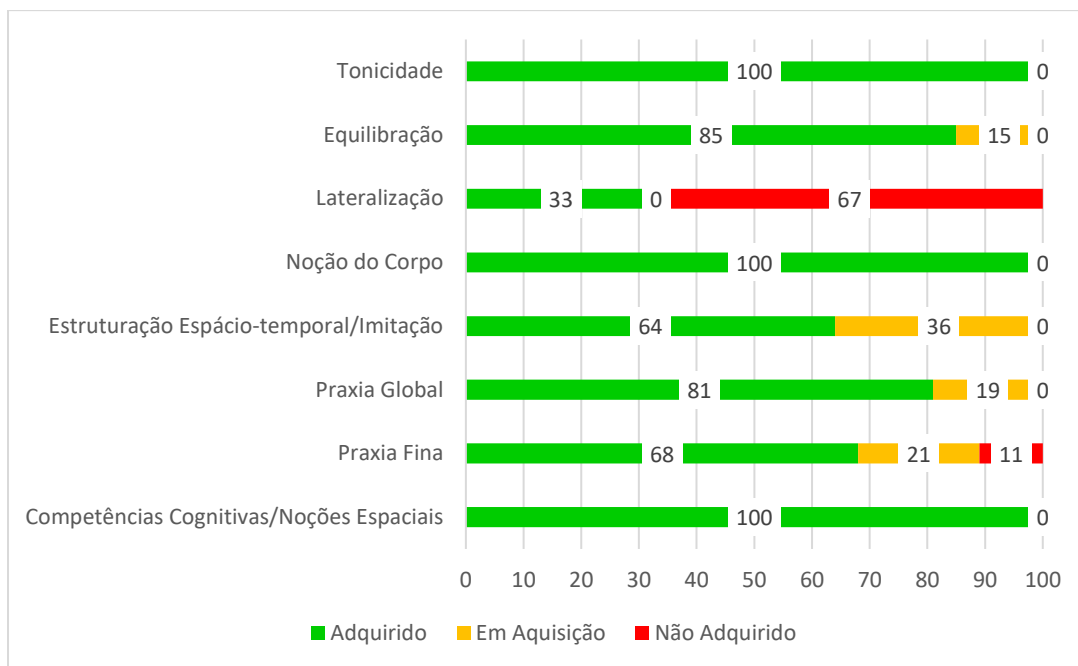


Gráfico 6 – Avaliação Inicial do B.C. pela GAP-2

O B.C. apresenta um bom desempenho, sendo a sua área menos forte a lateralização. Como áreas fortes obteve a tonicidade, a noção do corpo e as competências cognitivas/noções espaciais com sucesso em todos os itens. Ao longo das sessões mostrou ser um aluno respeitador e interessado em aprender mais.

Ao nível da tonicidade o B.C. apresentou um perfil hipertónico. Nos itens avaliados teve sucesso em todos uma vez que realizou movimentos voluntários de flexão e extensão com controlo e precisão, ao serem induzidas mobilizações e oscilações manteve-se passivo e apresentou reduzidas sincinesias bucais/peribucais e estereotipias durante a avaliação.

Na equilibração o B.C. obteve 23 itens como adquiridos e 4 em aquisição. As dificuldades do aluno prenderam-se com tarefas que exigem muito controlo motor, sendo os itens manter-se em apoio unipodal com os olhos fechados (permaneceu 6 segundos), saltar em apoio unipodal esquerdo para trás (alguns desequilíbrios), atravessar a trave estreita de lado (alguns desequilíbrios) e andar sobre uma linha para trás (fez metade corretamente).

Na lateralização como dominante obteve o lado direito para a lateralização ocular e manual e como dominante o lado esquerdo para a lateralização auditiva e podal. Na distinção esquerda-direita, o aluno identificou o lado direito e esquerdo em si. No reconhecer a direita e esquerda entre os objetos e nos outros o aluno não conseguiu identificar. No entanto, com a estratégia de que o lado direito e esquerdo nos outros/objetos era o oposto ao seu quando estava de frente para eles, o aluno foi capaz de identificar, com algumas hesitações, utilizando o seu corpo como referência.

Na noção do corpo o B.C. obteve sucesso em todos os itens, sendo de referir que no apontar as partes do seu corpo além das 22 partes que pertencem aos critérios acrescentou sobancelhas, pestanas e bexiga. No nomear partes do seu corpo acrescentou a anca às 22 partes avaliadas. No desenho do corpo, obteve 54 pontos em 64, apresentando um desenho muito rico em pormenores (e.g. pestanas, pupila, unhas, língua) e próximo da realidade, faltando as orelhas.

Na estruturação espaço-temporal/imitação, o aluno apresentou 7 itens adquiridos e 4 em aquisição, sendo estes últimos associados à imitação de gestos complexos (fez alguns em espelho), imitação dos gestos da Bateria Psicomotora (acertou 5 em 8), estruturação rítmica (acertou 3 em 5) e estruturação dinâmica (acertou 2 em 6). De referir que nesta última, os erros que o aluno teve na estruturação dinâmica, ou seja, na reprodução de sequências memorizadas, foram na orientação e posicionamento sobretudo das tampas das canetas utilizadas.

Na praxia global o B.C. apresentou 21 itens adquiridos e 5 em aquisição. As competências em que o aluno revelou dificuldades foram na corrida (braços não seguiam o movimento em oposição aos membros inferiores), dissociação dos membros superiores e dos membros superiores com os inferiores (pouca agilidade e algumas trocas nas sequências) e no pontapear uma bola para um alvo a 2 metros (acertou 3 em 5).

Na praxia fina o aluno teve sucesso em 13 itens, 4 em aquisição e 2 como não adquiridos. O B.C. revelou mais dificuldades nas tarefas que exigiam um melhor controlo micromotor e coordenação fina, sendo as tarefas não adquiridas o construir e desfazer uma pulseira de clips em menos de 2 minutos (fez 9 minutos e 57 segundos) e o realizar o nó e laço (não conseguiu executar). Em aquisição, estiveram itens como copiar um círculo (fez uma forma oval com pouca precisão), copiar uma cruz (linha horizontal inferior à linha vertical, sem proporcionalidade), recortar um círculo (não tem forma circular uniforme) e a realização de mais de 40 pontos em quadrículas em menos de 1 minuto (fez 34 pontos). No cortar uma folha ao meio sem linha, teve sucesso, no entanto é importante referir que houve um desvio de 1 cm relativamente ao centro da folha. No traçar do labirinto e no unir o pontilhado ondulado não apresentou nenhum erro, revelando muita concentração e precisão no traço. O B.C. teve um bom desempenho com muitas competências adquiridas, estando as suas dificuldades associadas a tarefas mais complexas.

Nas competências cognitivas/noções espaciais o aluno obteve todos os itens adquiridos. De referir que nas formas geométricas o aluno acrescentou o octógono e na memória visual realizou a tarefa em 49 segundos, tempo este acima da média habitual de desempenho dos alunos.

Ao nível do comportamento o B.C. é um aluno que revela intencionalidade de se relacionar com o outro, expressa com clareza as suas dúvidas, procura aprender mais, é empenhado e segue sem dificuldade instruções complexas. É um aluno que coopera, tem iniciativa, dá sugestões e aceita sem dificuldade transições ou mudanças. Em termos de dificuldades, não lida muito bem com a derrota ou com a frustração, procurando, no entanto, estratégias para lidar com a situação (e.g. “podemos mudar de jogo?”).

3.4.2.3.2. Plano de Intervenção

Através dos resultados obtidos na GAP-2 foi construído o plano de intervenção que se encontra detalhado na tabela 24. Os resultados do SDQ não foram tidos em conta para estabelecer os objetivos, tendo sido aplicada para se obter um perfil das capacidades e dificuldades do aluno.

Tabela 24 - Plano de Intervenção do B.C. para o 2º e 3º Período

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a Equilibração	<ul style="list-style-type: none"> • Manter-se em apoio unipodal com os olhos fechados por mais de 10 segundos; • Saltar em apoio unipodal esquerdo para trás sem desequilíbrios; • Atravessar a trave estreita de lado sem desequilíbrios; • Andar sobre uma linha para trás sem desequilíbrios.
Promover a Lateralização	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir o lado direito e esquerdo entre objetos; • Distinguir o lado direito e esquerdo nos outros.
Promover a Estruturação espaço-temporal / imitação	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar 4 gestos complexos sem ser em espelho; • Imitar corretamente mais de 6 gestos da Bateria Psicomotora; • Imitar corretamente mais de 4 sequências rítmicas; • Reproduzir corretamente mais de 4 sequências memorizadas.
Promover a Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> • Correr coordenadamente, com oposição dos membros superiores relativamente aos membros inferiores com passadas grandes; • Reproduzir as 4 sequências de dissociação dos membros superiores; • Reproduzir as 3 sequências de dissociação dos membros superiores com os membros inferiores; • Pontapear uma bola em direção a um alvo pelo menos 4 vezes a 2 metros de distância; • Encestar uma bola de ténis pelo menos 4 vezes a 2,5 metros de distância.
Promover a Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer um nó e um laço nos atacadores dos sapatos ou num modelo; • Copiar corretamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Um círculo; ○ Uma cruz. • Recortar um círculo com forma circular uniforme; • Fazer e desfazer uma pulseira de 10 clips em menos de 4 minutos; • Realizar mais de 40 pontos numa folha quadriculada num minuto.
Promover Comportamentos Sociais Ajustados	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a resistência à frustração sem recorrer a estratégias de fuga.

3.4.2.3.3. Avaliação Final

Com o mesmo instrumento realizou-se a avaliação final, sendo apresentados no gráfico 7 os resultados iniciais e finais.

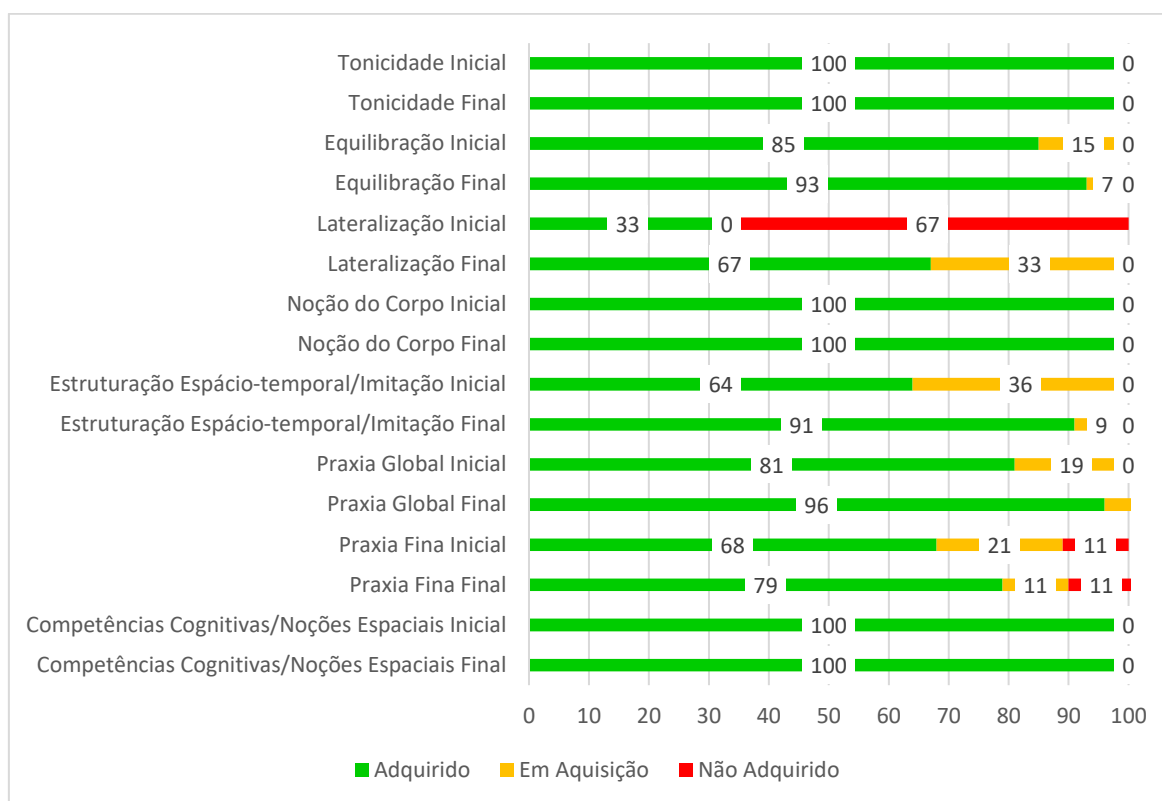


Gráfico 7 – Avaliação Inicial e Final do B.C. pela GAP-2

De acordo com o gráfico 7, o B.C. apresentou muitas evoluções desde a avaliação anterior, tendo atingindo objetivos em todos os domínios, melhorando assim o seu desempenho. O único domínio que apresenta itens como não adquiridos é a praxia fina.

Na tonicidade o B.C. manteve o seu desempenho, tendo todos os itens adquiridos. A nível das sincinesias bucais começou a permanecer por diversas vezes com a boca aberta ou semi aberta. Em termos de perfil continua sobretudo hipertónico e revelou alguma dificuldade em permanecer com os olhos fechados, ficando desconfortável.

Na equilibração o B.C. melhorou 2 itens, atingindo 2 objetivos terapêuticos (manter-se em apoio unipodal com os olhos fechados – 10 segundos; e andar sobre uma linha para trás sem desequilíbrios). Assim, obteve 25 itens como adquiridos e 2 em aquisição. As dificuldades prenderam-se com tarefas que exigem mais controlo motor, sendo os itens saltar em apoio unipodal esquerdo para trás, onde ainda apresenta algum desequilíbrio, e atravessar a trave estreita de lado, tendo feito somente metade com sucesso.

Na lateralização o aluno conseguiu atingir 1 objetivo terapêutico, identificando o lado direito e esquerdo em si e nos outros, sendo que a identificação em objetos ainda está em

aquisição. Como dominante manteve o lado direito para a lateralização manual e como dominante o lado esquerdo para a lateralização auditiva e a podal, tendo a lateralização ocular mudado para dominante para o lado esquerdo.

Na noção do corpo o aluno obteve sucesso em todos os itens, sendo que no desenho do corpo melhorou, passando para 55 pontos em 64, tendo acrescentado as orelhas, mas esquecendo-se de desenhar os 5 dedos na mão direita (desenhou 3).

Na estruturação espaço-temporal/imitação, o B.C. atingiu 3 objetivos terapêuticos, apresentando 10 itens adquiridos e 1 em aquisição, este último foi relativo à estruturação rítmica onde acertou 3 sequências, sendo que nas 2 restantes realizou somente uma troca. Na estruturação dinâmica acertou 4 sequências, mas nas 2 em que errou o que condicionou o sucesso da tarefa foi uma caneta mal posicionada (tampa ao contrário), o que significa que o aluno tem a competência, mas precisa de a consolidar.

Ao nível da praxia global o B.C. atingiu 5 objetivos terapêuticos, melhorando a sua coordenação, agilidade e controlo óculo-manual e óculo-podal. Assim, finalizou este domínio com 25 itens adquiridos e 1 em aquisição, sendo a corrida o item que permanece em aquisição devido aos braços não acompanharem o movimento de oposição relativamente aos membros inferiores.

Na praxia fina o B.C. atingiu 2 objetivos terapêuticos (copiar um círculo e uma cruz com precisão), passando assim a ter sucesso em 15 itens, 2 em aquisição e 2 como não adquiridos. Em aquisição mantêm-se o recortar um círculo (não tem forma circular uniforme) e a realização de mais de 40 pontos em menos de 1 minuto (fez 34 pontos). As tarefas não adquiridas permanecem na realização de um nó e laço (concretiza o movimento, mas não finaliza) e no construir e desfazer uma pulseira de clips em menos de 2 minutos, que melhorou realizando aproximadamente menos de 3 minutos que na avaliação anterior (fez 7 minutos e 8 segundos).

Nas competências cognitivas/noções espaciais o desempenho manteve-se, estando todos os itens adquiridos.

Em termos comportamentais o B.C. foi aguçando o seu espírito de interesse, conhecimento e de aprendizagem, gostando de inovar e revelando interesse em temas como a poluição, o fim do mundo e automóveis. Revelou ter um vocabulário rico, boa expressão física e verbal, bem como uma melhor capacidade de resolução de problemas. Durante as sessões procurava por iniciativa dar sugestões de novos jogos ou mesmo complexificação destes, onde verbalizava, construía e experimentava, realizando no final uma autoavaliação do desempenho e ajustando a tarefa às suas capacidades. Quando a tarefa ficava demasiado complexa, tinha alguma dificuldade em aceitar as suas limitações, reconhecendo porém

que era difícil de realizar e ajustando ou procurando estratégias que tornassem a tarefa exequível. Relativamente a medos e receios, o B.C. com o passar das sessões mostrou-se bastante preocupado com a questão do “fechar os olhos”, mostrou-se tenso, desconfortável e verbalizou inclusive sobre o assunto, referindo que ao fechar os olhos tinha pesadelos, via coisas menos agradáveis e quando abria os olhos algumas sombras permaneciam. Este aspeto fez com que por vezes a relaxação tivesse que ser adaptada, a pedido do aluno e para proporcionar um momento de calma e conforto, ao invés de um momento de tensão e medo. Além disso, encontrou-se mais frequentemente com a boca aberta, sobretudo em tarefas que requeriam mais concentração.

3.4.2.3.4. Recomendações para continuidade da intervenção

Como sugestões futuras o B.C. deverá passar de intervenção individual para grupal (3 a 4 elementos) mantendo a frequência semanal, deve-se adaptar os domínios da GAP-2 ou aplicar uma escala ou *checklist* mais complexa, promovendo a aquisição de novas aprendizagens e ajustando ao nível de desenvolvimento do aluno. Além disso, poderá ter-se uma intervenção com mais foco em parâmetros de competências sociais – resolução de problemas, capacidade de resiliência, tomada de decisão e autonomia, podendo o Modelo da Resiliência (Daniel & Wassell, 2002) ser um ponto de partida. É de extrema importância também, despistar as preocupações associadas à permanência em jogo simbólico e verificar as transições do sonho para a realidade, recomendando-se um encaminhamento para pedopsiquiatria. Como objetivos a consolidar no próximo ano letivo, tem-se os que estão presentes na tabela 25.

Tabela 25 – Plano de Intervenção do B.C. para o ano letivo 2016/2017

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a Equilibração	<ul style="list-style-type: none"> • Saltar em apoio unipodal esquerdo para trás sem desequilíbrios; • Atravessar a trave estreita de lado sem desequilíbrios.
Promover a Lateralização	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir o lado direito e esquerdo entre objetos.
Promover a Estruturação espaço-temporal / imitação	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar corretamente mais de 4 sequências rítmicas.
Promover a Praxia Global	<ul style="list-style-type: none"> • Correr coordenadamente, com oposição dos membros superiores relativamente aos membros inferiores e com passadas grandes.
Promover a Praxia Fina	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer um nó e um laço nos atacadores dos sapatos ou num modelo; • Recortar um círculo com forma circular uniforme; • Fazer e desfazer uma pulseira de 10 clips em menos de 4 minutos;

	<ul style="list-style-type: none"> Realizar mais de 40 pontos numa folha quadriculada num minuto.
Promover Comportamentos Sociais Ajustados	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir o número de vezes que se encontra de boca aberta; Aumentar o tempo que permanece com os olhos fechados.

3.4.2.4. Discussão de Resultados & Reflexão

Ao longo do seu desenvolvimento o B.C. teve vários fatores de risco presentes (e.g. complicações no parto, nasceu prematuro, esteve institucionalizado 3 anos, família destruturada e com dificuldades económicas, de saúde e baixas habilitações académicas). A escola representa na sua vida um fator protetor, sendo um local onde se sente bem e onde recebe vários apoios e terapias desde 2010, integrado numa UEE. Segundo Morais (2011) a escola pode ser um fator de risco ou de proteção, onde os profissionais devem ter como papel o aumento dos fatores protetores e a redução dos riscos, ao facilitar apoios externos positivos e valorizar o aluno (Charlesworth et al., 2007). O facto de o B.C. estar envolvido e ser praticante de um desporto escolar, o boccia, é um elemento facilitador de inclusão e aumenta o seu nível de participação (Pereira, 2016), possibilitando descobrir execuções alternativas e explorar as suas limitações (Carvalho et al., 2016). Ao estar na UEE, tem o TEACCH como base desde 2010, sendo um modelo que promove a adaptação do indivíduo, compensa dificuldades comunicativas e tem incidência comportamental e psicolinguística, sendo as áreas onde estão presentes mais dificuldades no B.C. e nas PEA (Kwer, Sampaio & Atheriro, 2009).

Por seu lado, a medicação também representa um fator de proteção e de regulação comportamental desde os 5 anos, sendo o B.C. um aluno muito funcional. De acordo com Fung et al. (2016), a risperidona é um dos medicamentos com maior evidência na redução dos sintomas nas PEA, sendo este um dos componentes que o aluno toma. De acordo com os pais do B.C., os sintomas surgiram a partir dos 5 anos, idade em que Filipe (2012) indica que os sintomas das PEA se costumam tornar mais evidentes, podendo comprometer as aprendizagens (APA, 2014), conduzindo a dificuldades de aprendizagem escolares tais como as que o B.C. revelou no início do seu percurso escolar.

Na GAP-2 o aluno teve dificuldades sobretudo em tarefas mais complexas e que exigissem mais coordenação motora, o que vai ao encontro das dificuldades comumente presentes nas PEA ao nível da coordenação (Martin, 2014), tanto na motricidade fina como na global (Provost, Lopez & Heimerl, 2007). No SDQ as suas dificuldades estiveram presentes na escala dos sintomas emocionais (algumas preocupações e medos que fazem com que se assuste com facilidade) e da hiperatividade (alguma agitação motora; distrai-se com facilidade; pouca capacidade reflexiva - pensar antes de agir; e alguma dificuldade em

terminar o que começa). Estas dificuldades estão de acordo com o seu diagnóstico, visto que as PEA são caracterizadas por muitas dificuldades no planeamento e organização (APA, 2014), presença de medos incomuns (Kanner, 1943) e ansiedade (APA, 2014). Por seu lado, os sintomas emocionais associarem-se a algumas alterações, bem como o domínio da hiperatividade, faz com que seja importante estar atento ao impacto que esses sintomas têm na vida do B.C. para averiguar a necessidade de um despiste clínico, visto a PHDA e a depressão serem as comorbilidades psiquiátricas mais frequentes nas PEA (Filipe, 2012).

Ao nível da relaxação/retorno à calma, após a avaliação final, começou a surgir alguma tensão, devido a medos associados a dificuldades na transição do sonho para a realidade e/ou na permanência em jogo simbólico, que geravam muita ansiedade e sofrimento ao aluno. Como houve este impacto no B.C. e alterações do comportamento significativas, é de extrema importância despistar clinicamente este sintoma em pedopsiquiatria, para averiguar se existem sintomas psiquiátricos, pois estes surgem frequentemente associados às PEA (APA, 2014), sendo a esquizofrenia uma das comorbilidades possíveis (Filipe, 2012).

Em termos de melhorias, na avaliação da GAP-2 estiveram presentes em todos os domínios trabalhados, sendo a praxia global a que teve melhorias mais significativas, o que vai ao encontro da literatura, que mostrou que este tipo de intervenção com PEA tem benefícios nos fatores psicomotores, no comportamento e nas competências sociais, sendo na praxia global que surgem melhorias com mais frequência (e.g. Carvalho, 2016; Domingues, 2013; Gonçalves, 2013; Maria, 2012). No SDQ o aluno obteve um perfil normal em todos os domínios, o que revela um nível elevado de funcionalidade por parte do aluno, que pode estar associado aos apoios e terapias que recebe desde 2010 estarem a atenuar os seus sintomas (APA, 2014). Como área forte, o B.C. revela competências cognitivas pormenorizadas sobretudo em assuntos do seu interesse (e.g. carros), habilidade esta que costuma estar presente nas PEA (Ozonoff et al., 2002).

A continuidade de intervenção com o aluno é fulcral, para que se possa incidir e trabalhar outros domínios em que o B.C. ainda precise consolidar ou adquirir, tais como melhorar a perceção de competência (Silva & Antunes, 2011), reduzir os níveis de *stress* e ansiedade (De Vries et al., 2015; Wigram & Gold, 2006), melhorar a coordenação motora (Inal, 2014) e desenvolver um sentimento de pertença a um grupo (Block & Johnson, 2013; Stevens-Ratchford, 2016), que na entrada para adolescência é essencial para colmatar as dificuldades de criação de relações de amizade típicas desta fase da vida em jovens com PEA (Filipe, 2012). Desta forma, ajustar as avaliações e o foco de intervenção às

necessidades do aluno, tendo em conta as aquisições consolidadas (Goodwin, 2003) e a sua idade (National Research Council, 2001) vai permitir uma aprendizagem sequencial com a introdução de tarefas cada vez mais complexas (Goowdwin, 2003), para que se atinja uma intervenção de sucesso (Wilkinson, 2010) que apoie no ultrapassar das dificuldades e maximize as áreas fortes (Ozonoff et al., 2002).

3.4.3. Estudo de Caso: Grupo de Dança & Movimento

3.4.3.1. Caraterização do Grupo

- Local: EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, ginásio;
- Frequência/Duração: 1x/semana à quinta-feira, durante 60 minutos;
- Nº participantes: 22 alunos;
- Nº de adultos: 14 adultos - 4 psicomotricistas (3 em formação), 4 professores de Ensino Especial e 6 assistentes operacionais.

Dos 22 alunos, 7 pertencem à EB1/JI José Ruy, 5 são da EB1/JI Condes da Lousã e 10 alunos são da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves, estando todos incluídos em UEE. Os alunos são acompanhados em contexto escolar, dirigindo-se à sede do Agrupamento. As idades são compreendidas entre os 6 e os 18 anos, sendo a média de 11 anos. A maioria dos alunos é do género masculino (N=17), tem como diagnóstico PEA (N=17) e pertence ao 1º Ciclo (N=11). Estes dados encontram-se na tabela 26, para informações mais detalhadas consultar Anexo V, pg. 133.

Tabela 26 – Caracterização do Grupo de Dança & Movimento

Aluno	Género	Idade (anos)	Ano letivo	NEE
A.P.	M	6	JI	PEA
B.V.	F	10	4º	PEA + AGD
D.A.	M	9	4º	PEA
D.R.	M	8	2º	PEA
G.B.	M	11	4º	PEA
G.M.	M	11	4º	PEA + DC
R.N.	M	10	3º	AGD
A.M.	M	7	2º	PEA + AGD
D.B.	F	7	2º	PEA
J.L.	M	8	2º	PEA + PHDA + SPW
L.F.	F	9	3º	PEA
N.N.	M	8	3º	PEA
B.C.	M	12	5º	PEA
C.D.	M	16	8º	PEA + Estigmatismo
H.G.	M	14	7º	SX + DC

I.D.	M	15	8º	DC + SLA + S
J.A.	M	18	10º	PEA + DC
L.S.	M	11	5º	PEA + DC
M.C.	F	13	7º	AGD
M.R.	M	13	6º	PEA + DC
R.M.	F	16	10º	DC
T.S.	M	15	8º	PEA + DC

PLVF – Perturbação da Linguagem, Voz e Fala; PN – Perturbação Neurológica; DC – Défice Cognitivo; AGD – Atraso Global do Desenvolvimento; SPW – Síndrome de Prader Willi; SX – Síndrome de X-frágil; SLA – Síndrome de Linfoproliferativo Auto-imune; S – Sinequia; F – Feminino; M – Masculino.

EB1/JI José Ruy identificada a amarelo; EB1/JI Condes da Lousã identificada a cor de laranja; e a EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves identificada a azul.

O projeto de Dança & Movimento iniciou-se a 15 de outubro de 2015 e terminou a 23 de junho de 2016. Estavam previstas 30 sessões, tendo-se realizado 28 dentro das datas previstas e 2 sessões de compensação no tempo do prolongamento. As sessões que não se realizaram foram devido a visitas de estudo. O número médio de alunos por sessão era de 20, refletindo um baixo número de absentismo.

3.4.3.2. Plano de Intervenção

O plano de intervenção do projeto de Dança & Movimento foi construído com base nos resultados obtidos no ano de 2014/2015, bem como pelos resultados da avaliação inicial da LOFOPT. O projeto tem como ideais proporcionar aos alunos mais bem-estar e uma melhor adaptação social. A nível de competências mais específicas, tem-se os objetivos presentes na tabela 27.

Tabela 27 – Plano de Intervenção do Grupo de Dança & Movimento

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover as Relações Emocionais	<ul style="list-style-type: none"> • Criar relações adequadas com os pares e com os adultos presentes na sessão.
Promover a Autoconfiança	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a autoconfiança demonstrada durante a sessão; • Aumentar uma atitude positiva durante a sessão; • Aumentar o bem-estar no decorrer das tarefas da sessão.
Promover a Participação na Tarefa	<ul style="list-style-type: none"> • Ser ativo nas tarefas em que está envolvido; • Aumentar o tempo de participação na tarefa.
Promover a Relaxação	<ul style="list-style-type: none"> • Descontrair ao nível muscular, quando induzido ou solicitado pelo adulto.
Promover o Controlo do Movimento	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações motoras de forma coordenada; • Ajustar as ações motoras às qualidades do movimento solicitadas na tarefa (e.g. temporais, espaciais e segmentares).
Promover a Capacidade de Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguir estar focado na tarefa.
Promover a Expressão Corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar sentimentos através de movimentos, da postura e da expressão facial.
Promover a Comunicação Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar contactos verbais durante a sessão com o outro, a nível de frequência e de qualidade.
Promover o Cumprimento de Regras Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Cumprir regras de comportamento; • Cumprir regras presentes nas tarefas; • Aceitar as consequências estipuladas.

3.4.3.3. Resultados: Avaliação Inicial e Final

Através da LOFOPT obtiveram-se resultados que de forma sumária são expostos na tabela 28. A pontuação 0 corresponde ao comportamento não perturbado, sendo que os números positivos correspondem a um excesso dessas competências e os números negativos a uma ausência ou escassez, sendo os extremos +3 e -3. Como a L.F. (EB1/JI Condes da Lousã) e o T.S. (EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves) faltaram às sessões de avaliação inicial, não serão contemplados na tabela seguinte.

Tabela 28 – Avaliação Inicial e Final do Grupo de Dança & Movimento pela LOFOPT

	RE		Ac		TA		R		CM		CA		EC		CV		RS	
	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
A.P.	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-1	2	-1	-3	-3	-3	-3	-2	-2	-2	-2
B.V.	-2	-1	-2	-1	-2	-1	2	2	3	3	-2	-2	-3	-3	-2	-1	0	0
D.A.	-3	-2	-3	-2	-3	-2	2	2	2	2	-2	-2	-2	-2	-3	-3	-1	-1
D.R.	-3	-2	-3	-3	-3	-3	2	2	-2	-2	-3	-3	-3	-3	-2	-2	-2	-2
G.B.	-2	-1	-2	-2	-1	-1	3	3	2	2	-2	-1	-2	-2	-2	-2	-1	-1
G.M.	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-2	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-2	-1	-1
R.N.	-2	-1	-2	-2	-3	-2	2	2	2	2	-3	-2	-3	-3	-2	-2	-2	-2
A.M.	-3	-2	-3	-2	-3	-2	2	2	-2	-2	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-2	-2
D.B.	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-2	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3
J.L.	-2	-1	-1	-1	-1	-1	2	2	2	2	-1	-1	-3	-2	-1	-1	-1	0
N.N.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B.C.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
C.D.	-1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	-1	-1	0	0	0	0
H.G.	-1	-1	-1	-1	-1	-1	2	2	2	1	-1	-1	-2	-2	-1	-1	-1	0
I.D.	-1	0	-1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	-1	-1	0	0	0	0
J.A.	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	-1	0	0	0	0	0
L.S.	1	1	1	0	1	0	1	1	-1	-1	0	0	-1	-1	0	0	-1	0
M.C.	1	0	1	1	1	1	2	2	2	1	-1	-1	-1	-1	-2	-2	-1	-1
M.R.	-3	-3	-3	-3	-3	-3	2	2	-2	-2	-3	-3	-3	-3	-2	-2	-3	-3
R.M.	-1	-1	-1	0	-1	0	2	2	2	2	-1	-1	-2	-1	-1	-1	-1	0
Moda	-3	-1	-3	0	-3	0	2	2	2	2	-3	-1	-3	-3	-2	-2	-1	0
	a		b									c						

a) Menor moda, além desta há o -2 e o -1; b) Menor moda, além desta há o -1; c) Menor moda, além desta há o 0.

RE – Relações Emocionais; Ac – Autoconfiança; TA – Tipo de Atividade; R – Relaxação; CM – Controlo do Movimento; CA – Capacidade de Atenção; EC – Expressão Corporal; CV – Comunicação Verbal; RS – Regras Sociais; I – Avaliação Inicial; F – Avaliação Final.

Tendo em consideração os valores menores da moda, os domínios em que houve mais melhorias foram nas relações emocionais que passou de -3 para -1, a autoconfiança que passou de -3 para 0, o tipo de atividade que passou de -3 para 0, a capacidade de atenção que passou de -3 para -1 e as regras sociais que passou de -1 para 0. Não existiram regressões, existindo somente um aluno em que houve a manutenção de todas as competências avaliadas inicialmente (M.R.). À exceção deste caso todos os alunos apresentaram pelo menos um domínio com melhorias.

Analisando por domínios, houve 10 alunos que melhoraram nas relações emocionais, tendo 3 deles atingido o comportamento ideal, i.e., cotação de 0. Na autoconfiança houve 6 alunos que melhoraram, tendo 3 deles atingido a cotação de 0. No tipo de atividade, existiram 6 alunos que melhoraram, onde 2 deles passaram a ter um comportamento adequado (0). Na relaxação tal como na capacidade de atenção estiveram presentes 2 alunos que se aproximaram de 0, melhorando assim o seu desempenho. No controlo do movimento houve 7 alunos que melhoraram, tendo 3 deles atingido o comportamento ideal (0). Na expressão corporal estiveram presentes 4 melhorias, sendo 2 delas para 0. Na comunicação verbal houve uma melhoria da B.V. Nas regras sociais, existiram 4 melhorias, todas para um comportamento ajustado (0).

Os comportamentos mais ajustados, i.e., cotação de 0, estiveram presentes no domínio das regras sociais com 10 alunos com esta cotação, seguindo-se o tipo de atividade (7 alunos) e a autoconfiança (6 alunos). Os valores mais próximos dos extremos, ou seja, os comportamentos mais desajustados estiveram na expressão corporal, com 7 alunos com a cotação de -3, ou seja, uma expressão corporal muito reduzida, seguindo-se a comunicação verbal (7 alunos com -2), a relaxação (10 alunos com 2) e o controlo do movimento (5 alunos com 2).

O aluno que apresentou mais melhorias foi a R.M., com alterações positivas no domínio da autoconfiança, tipo de atividade, expressão corporal e regras sociais, e a B.V. com alterações positivas no domínio das relações emocionais, autoconfiança, tipo de atividade e comunicação verbal. O aluno com o menor desempenho e com menos alterações foi o M.R. que manteve todas as competências, não revelando melhorias quantitativas em nenhum domínio nem melhorias qualitativas consistentes, tendo os seus valores concentrados nos extremos tanto por excesso como por escassez.

Na avaliação inicial o aluno com melhor desempenho foi o N.N. com 7 comportamentos adequados e na avaliação final além do N.N. o J.A., que também atingiu os 8 comportamentos adequados, ficando os dois com o melhor desempenho. Por sua vez, os alunos que apresentavam mais comportamentos adequados na avaliação inicial (N.N. – 7 domínios com 0, o B.C. – 6 domínios com 0 e o J.A. – 6 domínios com 0), mantiveram um perfil adequado, apresentando poucas alterações quantificáveis pelo instrumento utilizado, por já estarem enquadrados na melhor cotação.

3.4.3.4. [Recomendações para continuidade de intervenção](#)

Ao realiza-se uma análise geral, pode-se constatar que existe muita variabilidade entre domínios nas melhorias de cada aluno, onde a intervenção psicomotora parece ter um impacto não só no grupo, como a nível individual. Desta forma, o projeto de Dança &

Movimento torna-se muito relevante, não só pelos resultados positivos obtidos, como pela consolidação de outras competências (e.g. psicomotoras) e pela satisfação revelada pelos alunos em estarem envolvidos no projeto. Assim, sugere-se a continuação da intervenção psicomotora com o grupo no ano letivo 2016/2017, mantendo-se a frequência semanal e incidindo nos domínios da LOFOPT (tabela 27, pg. 88). Além disso, deve-se manter o espírito de união, companheirismo e partilha, sendo interessante avaliar mais componentes no foro da resiliência e inteligência emocional, bem como envolver a comunidade neste projeto, tanto no acolher de alunos sem NEE como na apresentação das coreografias realizadas à comunidade.

3.4.3.5. Discussão de Resultados & Reflexão

Os resultados ao terem muita variabilidade refletem não só a diferença de faixa etária, como a heterogeneidade do grupo, os seus diferentes níveis de desenvolvimento, autonomia e de funcionalidade (APA, 2014), pois cada um é único e reage de forma diferente, mesmo quando se trata da mesma abordagem de intervenção (Wilkinson, 2010). Além disso, também representa que apesar do foco da intervenção ser grupal, foram tidos em conta os objetivos e as necessidades específicas de cada aluno, existindo não só melhorias grupais, como individuais, o que torna a intervenção mais eficaz (Canavan, 2015). O grupo ao ser heterogêneo possibilita a existência de apoio entre pares, onde um elemento facilita o outro dando-lhe mais independência, tempo de instrução individualizada, facilitando as aprendizagens e fortalecendo as relações interpessoais (Lebre et al., 2016).

Neste projeto as melhorias verificadas estiveram de acordo com a literatura, visto que uma intervenção em psicomotricidade grupal com PEA possibilita benefícios sobretudo ao nível da linguagem e comunicação, no comportamento, competências sociais, praxia global e equilíbrio (e.g. Gonçalves, 2013; Pereira, 2015; Rodrigues, 2016; Teixeira, 2011). Estas melhorias estão interligados com os resultados positivos obtidos pela LOFOPT, sendo eles ao nível das relações emocionais, autoconfiança, participação na atividade, capacidade de atenção e cumprimento de regras sociais. Os estudos relativos aos benefícios da utilização da dança e da música como recurso de intervenção, também corroboram as melhorias que foram obtidas (e.g. De Vries et al., 2015; Lebre et al., 2016; Scharoun et al., 2014).

Dada a dimensão do grupo e os resultados positivos atingidos, pode-se afirmar que a chave do sucesso foram as estratégias de intervenção utilizadas. Dentro destas é de destacar 1) a utilização de instruções diferenciadas de acordo com o momento da sessão, 2) o investimento na gestão de ritmos internos e externos (NYC Department of Education, 2009), 3) a utilização de um ambiente previsível – ginásio da escola (De Vries et al., 2015), 4) a organização do espaço tanto a nível de formações do grupo, como na indicação de

pontos de referência e de delimitações do espaço (Aujila & Redding, 2013; Llinares & Rodríguez, 2003; NYC Department of Education, 2009; Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009) e por fim, enquanto peça essencial, 5) a presença de assistentes e de figuras de apoio, que facilitou o processo de intervenção e de aprendizagem dos alunos, bem como apoiou a gestão do grupo (Lebre et al., 2016).

Ao ter existido *transfer* destas aquisições para outros contextos, contribui-se para que os alunos se tornassem mais confiantes (Fernández et al., 2015), mais sociáveis (Hildebrandt et al., 2016) e participativos (Mendes et al., 2015; Scharoun et al., 2014), o que possibilita consequentemente uma melhor qualidade de vida (Block & Johnson, 2013; De Vries et al., 2015). O investir num aumento da participação dos alunos permite a criação de redes de comunicação entre os diferentes contextos mais coesas (Aujila & Redding, 2013; National Research of Coucil, 2001), que possibilitam uma melhor inclusão nesses contextos (Lebre et al., 2016) com um impacto positivo tanto no quotidiano dos alunos, como na descoberta e construção de sonhos e vocações (e.g. a B.V. ainda hoje, 2017, diz que o seu sonho é ser dançarina porque descobriu neste projeto que gosta de dançar).

As dificuldades do grupo estiveram presentes sobretudo ao nível da expressão corporal, relaxação, comunicação verbal e controlo do movimento, relacionando-se em parte com as características das PEA (e.g. APA, 2014; Filipe, 2012). Pois, de acordo com a literatura nas PEA existe uma reduzida ou nenhuma partilha de emoções, dificuldades no planeamento e organização (APA, 2014), défices na linguagem e na comunicação (APA, 2014; Filipe, 2012; Kanner, 1943), dificuldades de coordenação motora (Filipe, 2012; Martin, 2014), empatia reduzida (Filipe, 2012), dificuldades na praxia global (Kanner, 1943; Provost et al., 2007) e no controlo postural (Vernazza-Martin et al., 2005). No contexto escolar, para que os alunos desenvolvam habilidades sociais e de comunicação, atenção, expressão emocional, habilidades de jogo (Loovas, 2003) e reduzam os comportamentos desajustados (Luiselli, 2012), há que investir nessas competências (Loovas, 2003). Assim, torna-se evidente que ainda há muito a investir neste grupo, para que se atinja um desenvolvimento mais adequado (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).

Posto isto, é importante dar continuidade à intervenção psicomotora em grupo com recurso à dança e à música por ser um modo de atenuar os sintomas que ainda estão presentes (APA, 2014), ao mesmo tempo que se desenvolve o tónus muscular (Mendes et al., 2015; Padilha, 2008), a expressão de sentimentos, ideias e emoções (Lebre et al., 2016), aumenta a comunicação verbal e não-verbal (e.g. De Vries et al., 2015; Lebre et al., 2016) e melhora a coordenação motora (e.g. Inal, 2014; Mendes et al., 2015), possibilitando ainda melhorias no bem-estar social (Stevens-Ratchford, 2016).

4. Atividades Complementares

As atividades de estágio abrangeram, além do planeamento e dinamização das sessões com os alunos, a participação em diversas atividades organizadas pela AGAN, a construção de materiais e a realização de formação, estando estas descritas de seguida.

4.1. Atividades Extracurriculares

A partir de janeiro de 2016, foi contemplado no horário de estágio (consultar tabela 12) a participação nos treinos de boccia incluídos no desporto escolar da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves da responsabilidade do psicomotricista. Os treinos aconteceram à segunda-feira das 14h15 às 15h05, tendo a duração de 50 minutos e abrangendo todos os alunos da UEE da Sede, ou seja, 10 alunos, mais uma aluna do ensino regular. Nesta atividade colaboraram seis profissionais, sendo eles duas professoras de ensino especial da UEE, duas assistentes operacionais da UEE, um psicomotricista e uma estagiária de mestrado de reabilitação psicomotora. Os treinos realizavam-se em grupo no ginásio da Sede com marcações próprias da prática deste desporto no chão, bem como o kit completo com as bolas, compasso, raquete sinalizadora e fita métrica. Os treinos iniciaram-se a 2 de novembro de 2015, sendo o seu término a 6 de junho de 2016. Estava prevista a realização de 28 treinos, tendo-se realizado todos os previstos, mais sete treinos extra no horário das sessões de psicomotricidade na piscina quando estas não se realizavam (tabela 29).

Tabela 29 – Calendarização dos treinos de boccia

	Início	Fim	Nº de treinos previstos	Nº de treinos realizados	Nº de treinos extra
EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves: Boccia	02/11/2015	06/06/2016	28	28	7

Houve interrupções letivas: no Natal (18/12/2015 a 31/12/2015), no Carnaval (08/02/2016 a 10/02/2016) e na Páscoa (21/03/2016 a 02/04/2016).

Além disso, houve a colaboração na organização da participação dos alunos em 3 torneios de boccia (modalidade por equipas e individual) que decorreram a 18 de fevereiro, 18 de março e a 20 de maio de 2016. No torneio de 18 de fevereiro de 2016 um dos nossos alunos, o C.D. foi à final e ficou classificado em 2º lugar nas provas individuais. A participação nos treinos de boccia e nos torneios, possibilitou a aprendizagem do regulamento e de regras enquanto jogadora e árbitra, visto que pude observar e experimentar ambos os papéis.

Na UEE da EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves foi dado apoio e foram observadas atividades no âmbito da UEE, nomeadamente o Teatro realizado pelos alunos nos Recreios da Amadora aberto ao público, onde foi dado apoio nos bastidores e foram observados alguns dos ensaios. Nesta UEE foram realizadas várias ações de angariação de fundos,

onde houve a possibilidade de participar na venda de rifas, na divulgação de campanhas, bem como na entrega de materiais para entrarem no sorteio.

Sobretudo à quarta-feira à tarde, foram observadas algumas atividades dadas pelas UEE da AGAN, sendo elas: 1) culinária com realização de bolos ou iguarias; 2) a compra de fruta por parte dos alunos, onde vinha uma carrinha à escola e estes tinham que saber gerir o dinheiro a dar/receber e que encomendas tinham sido feitas de fruta; 3) atividades temáticas (e.g. dia do autismo, o laço azul do dia dos maus tratos); 4) aprender a confeccionar queijo, bem como a sua origem e o processo; 5) a horta, onde plantavam, cuidavam, colhiam e aprendiam conteúdos sobre agricultura e a alimentação derivada desta; e 6) atividades com a burra, dando alimentos, acariciando-a e aprendendo mais sobre ela e os seus cuidados. Estas atividades tiveram como principal incidência ampliar o leque de aprendizagens dos alunos e desenvolver competências relacionadas com as atividades de vida diária instrumentais e avançadas, preparando os alunos para uma transição para a vida ativa e visando proporcionar uma melhor qualidade de vida.

O envolvimento e participação nas atividades extracurriculares fortaleceu laços, aumentou a relação aluno-técnico e aumentou o meu conhecimento sobre os alunos que acompanhava individualmente. Desta forma, foi um facilitador do processo de intervenção, uma vez, que podíamos estar noutras atividades conjuntas fora do contexto de sessão.

4.2. Construção de Materiais

Durante o estágio foram construídos e adaptados diversos materiais como apoio ou recurso na dinamização das sessões, sendo um leque diversificado ao nível das sessões individuais. Por seu lado, no projeto de Dança & Movimento surgiu a necessidade de construir um jogo de tabuleiro, grande, em espiral, no chão inspirado em termos de estrutura física no Jogo da Glória e nas categorias dos cartões e regras de jogo no Party & Co Júnior, estando acompanhado por um dado padrão. Os alunos podiam andar fisicamente pelas casas, estando cada casa identificada por uma forma de expressão (ações motoras, mímica, linguagem verbal e desenho). Nos cartões havia opções que os alunos podiam escolher, em equipa, dentro daquela temática com vários níveis de dificuldade (Anexo VI, pg. 137). As tarefas contidas no jogo foram inspiradas e baseadas em itens e competências presentes na GAP-1 e GAP-2, o que reforçou os objetivos e as aprendizagens das sessões individuais.

Para as sessões de psicomotricidade em meio aquático, foi construído um quadro das “Tarefas na Piscina” (Anexo VII, pg. 139) com base em imagens presentes no Programa de Apoio à Nataação Curricular nas Escolas do 1º Ciclo do Ensino Básico (Câmara Municipal de Lisboa, 2015/2016) com competências e aquisições específicas em meio aquático tais

como: apanhar argolas, batimento de pernas e saltos. Os rituais de entrada e de saída, bem como os jogos realizados e desenvolvidos no estágio da AGAN (e.g. Jogo do Tubarão e Jogo das Piranhas) foram desenhados por André Lopes a pedido, perfazendo um total de 26 cartões. Este quadro com uma dimensão A4, plastificado, tem cinco quadrados vazios e velcro para os alunos colocarem ou sugerirem tarefas de modo a formar uma estrutura da sessão. As imagens utilizadas nos cartões eram pictograficamente idênticas às utilizadas nas UEE. Desta forma, o quadro das “Tarefas na Piscina” torna-se num facilitador da aprendizagem e da familiarização dos alunos com a terminologia e as técnicas usadas em meio aquático, bem como atribui uma perspetiva de sentimento de pertença e de valorização dos alunos por terem sido incluídos os seus jogos preferidos e as suas rotinas.

4.3. Formação

De abril a junho de 2016 foi frequentado o 1º, 2º e 3º nível da ação de “Formação Pessoal do Psicomotricista” dinamizada pelo Professor João Costa, organizada pelo Instituto de Terapias Expressivas com a duração de 18 horas. Desta formação foram adquiridas mais competências, tendo um dos conteúdos sido testado e adotado como retorno à calma nas sessões individuais dinamizadas com os alunos da AGAN. A introdução deste método desenvolvido e a ser testado pelo Professor João Costa, consiste no aluno permanecer o máximo de tempo em repouso, procurando melhorar o seu estado de calma e autoconhecimento, através da respiração e da contagem, por parte do técnico, do tempo a passar em voz alta para que o aluno tome consciência da passagem de tempo, bem como das metas que atinge. Nas sessões individuais da AGAN, foram registados os comportamentos e os tempos dos alunos, onde a maioria teve uma boa adesão, querendo repetir e melhorando a cada sessão o seu estado de calma, bem como a concentração e foco na tarefa.

A participação com comunicação no Seminário Formativo no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, organizado pela FMH, com a duração de 16 horas. Esta formação aconteceu a 22 e 23 de abril de 2016, tendo sido uma mais-valia ao possibilitar a formação interna e a partilha de experiências sobre o trabalho desenvolvido no Ramo de Investigação e o Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais de 2º Ciclo em Reabilitação da FMH. Além disso, foi positivo ter-se dado a conhecer e a refletir de forma conjunta o trabalho desenvolvido nos vários contextos e domínios de intervenção, bem como de investigação, com diferentes populações alvo e com várias perspetivas de abordagem (consultar PowerPoint no Anexo VIII, pg. 140).

Na EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves houve a oportunidade de participar no encontro de disseminação no âmbito do Projeto *Be Ready – Life Skills and Career Development: Helping Young People Progress Into Success* no dia 25 de outubro de 2016 que teve a duração de 6 horas. Foi muito enriquecedor perceber diferentes perspetivas de outras escolas de diferentes países europeus ou mesmo de outros projetos portugueses, constatando as diversas formas que existem para abordar e tornar os alunos mais ativos, autónomos e empreendedores, preparando-os e capacitando-os para futuros de sucesso, proporcionando uma transição para o mercado de trabalho e ferramentas para se tornarem mais confiantes nos seus talentos e competências. Este encontro permitiu que se refletisse sobre que aspetos tinham sido incididos nas sessões dadas ao longo deste estágio na AGAN, tais como a capacidade de iniciativa, resolução de problemas ou pensamento criativo, bem como perceber que há um longo caminho a percorrer até que se implemente um sistema de ensino mais direcionado para a autonomia, o talento e o sucesso de cada aluno enquanto ser único.

5. Dificuldades e Limitações

Durante o estágio foram sentidas várias dificuldades e limitações. O horário estar distribuído por várias escolas e contextos permitiu conhecer o funcionamento e a realidade das várias UEE, enriquecendo a prática profissional com esta população em contexto escolar, em diferentes tipologias de intervenção e com várias faixas etárias. Contudo, esta rotatividade fez com que a permanência nas escolas fosse sobretudo durante as sessões, o que reduzia a possibilidade de reunir com a equipa e com os cuidadores de cada aluno dentro do tempo desejado.

Por outro lado, a carga horária apesar de estar muito equilibrada e bem distribuída enquanto dinamização de sessões, para o número de casos acompanhados a dedicação a questões técnicas, como o planeamento de sessões, construção de materiais e execução de relatórios, requeria muito tempo, acabando por não se ter o tempo que se desejaria para refletir. Além disso, para o número de alunos que existem na AGAN sinalizados com NEE, pertencentes às UEE ou com problemas comportamentais/sócio-emocionais acabam por existir muitos alunos em espera, o que faz com que se sinta que deveriam existir mais técnicos contratados para que seja possível apoiar mais alunos com intervenção psicomotora.

As interrupções letivas, atividades que se sobrepuseram, feriados, condições meteorológicas, bem como as faltas que aconteceram por questões de saúde, fizeram com que não houvesse tanta continuidade da intervenção psicomotora. Como as sessões aconteciam uma vez por semana, alguns casos ficaram várias semanas sem apoio, o que

condicionou a consolidação das aprendizagens, gerou algumas regressões e dificultou o alcançar das metas iniciais. No caso das sessões individuais, esta situação tentou ser contornada ao serem dadas sessões extra, numa tentativa de compensar, recuperar e trabalhar os objetivos individuais. Nas sessões em meio aquático foi onde se verificou um maior desfasamento entre as sessões previstas e as sessões dadas, visto que cada vez que chovia, dado o trajeto ser realizado a pé, as sessões não se realizavam. Esta descontinuidade, refletiu-se nas aquisições dos alunos, onde as evoluções foram menos evidentes, não tendo sido possível realizar-se compensações por se tratar de uma atividade grupal e de um espaço exterior às escolas.

Relativamente aos espaços físicos das sessões, por vezes, não foram os ideais, por ter que se mudar de espaço por estar ocupado por outras atividades ou pela existência de interrupções por serem espaços partilhados ou mesmo por as dimensões serem reduzidas comparativamente a um ginásio. Na EB1/JI Condes da Lousã, esta dificuldade esteve mais presente uma vez que o ginásio era ligado ao refeitório, o que gerava muitos estímulos distráteis e interrupções, era uma zona de passagem entre salas e um espaço utilizado frequentemente para as aulas de educação física. Por o ginásio não ser o mais adequado, foi utilizada sobretudo a sala 11, onde se podia executar a maior parte das tarefas pretendidas, à exceção de alguns itens como o pontapear uma bola a mais de 3 metros ou andar sobre o banco sueco, onde se recorria ao corredor ou ao ginásio. Como esta sala se encontrava no meio das salas de aula de 3º e 4º ano, existia algum ruído dos conteúdos lecionados em ambas as turmas. No entanto, com a adoção de estratégias este obstáculo foi contornado, tornando-se nalguns momentos numa vantagem. Na piscina os recursos materiais eram limitados e/ou encontravam-se em mau estado de conservação, tendo sido necessário adaptar as sessões ao que existia, levar material de casa ou criar materiais para algumas sessões. Em acréscimo, decorriam aulas de hidroginástica no mesmo horário, tornando a projeção de voz ao dar as instruções e o foco de atenção dos alunos mais difícil, devido ao ruído da música e das aulas.

Nas sessões de Dança & Movimento, senti algumas dificuldades na fase inicial, por ser o meu primeiro contacto como dinamizadora de uma coreografia para um grupo com tantos elementos, tão heterogéneo e por ainda estar com algumas limitações físicas. Foi um desafio pessoal e profissional, tive que perceber os meus limites físicos, assistir a aulas de Zumba Kids e a coreografias do Just Dance Kids *online*, treinar muito em casa e fazer ensaios com familiares para ver se as instruções e os movimentos estavam acessíveis. O mais difícil foi conjugar a instrução verbal com a coordenação motora dos passos executados e respeitar simultaneamente os tempos estipulados. Com o ultrapassar deste desafio, senti que cresci e que aumentei competências, o que me deixou muito mais

confiante e confortável a dinamizar estas sessões, que inicialmente tinham a coreografia como uma dificuldade e no final passou a ser um dos meus momentos preferidos.

No geral, estas dificuldades e limitações foram encaradas como desafios e obstáculos a superar, tornando-me mais versátil, adaptável, flexível e criativa no meu trabalho e na minha forma de estar e pensar na vida. Quando percebermos que o espaço, os materiais e os horários são meros pormenores da intervenção, tudo se torna mais fácil, ao virarmos o foco para o essencial: o aluno, pois para trabalhar em psicomotricidade o primordial é o corpo e a relação, e é a partir dessa interação com o apoio e mediação do técnico que a magia acontece.

IV. CONCLUSÃO

De acordo com os objetivos gerais das atividades de estágio previamente estipulados, foram atingidos os resultados pretendidos tanto na intervenção psicomotora individual e grupal em ginásio, como na grupal em meio aquático, ao obter-se melhorias e resultados positivos no desenvolvimento psicomotor dos alunos, nas competências cognitivas, competências sociais, no comportamento, num aumento de atitude positiva, autoconfiança e sensação de bem-estar, na expressão corporal, na comunicação e na adaptação e aumento da autonomia no meio aquático. As sessões em contexto de ginásio foram as selecionadas a aprofundar no presente relatório, sendo que na intervenção psicomotora individual os domínios em que houve mais melhorias foram o equilíbrio, a praxia global e o comportamento, ao passo que na intervenção psicomotora grupal onde houve mais benefícios foi nas relações emocionais. Desta forma, os resultados da intervenção psicomotora com os alunos com PEA na AGAN foram muito positivos e superaram as expectativas, dado que todos os alunos apresentaram melhorias, tendo alguns feito progressos significativamente positivos em diversos domínios do desenvolvimento e em contextos de intervenção distintos.

Relativamente aos objetivos gerais da estagiária na AGAN, foram desenvolvidas mais competências profissionais em intervenção psicomotora com a população com PEA em contexto escolar, tendo sido também melhorada a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços de reabilitação psicomotora em contextos distintos (ginásio e piscina) com uma população heterogénea tanto ao nível de autonomia como de faixa etária, com tipologias e abordagens de intervenção distintas (e.g. grupal e individual). Estas aprendizagens tornam-me numa profissional mais completa e com mais capacidade de resposta para o mercado de trabalho. Em termos de contributos inovadores, considero que

fui uma mais-valia para o meu local de estágio e no seio científico no âmbito do Mestrado de Reabilitação Psicomotora, destacando-se os seguintes contributos:

- Construir materiais de apoio às sessões, tais como o jogo de tabuleiro com grandes dimensões criado para a Dança & Movimento e as “Tarefas na Piscina” com os respetivos cartões das tarefas das sessões em meio aquático;
- Converter os scores brutos da GAP-1 e da GAP-2 em percentagens para uniformizar e melhor analisar estatisticamente os resultados obtidos, transpondo-os para um gráfico de fácil leitura, compreensão e análise para técnicos, professores e pais;
- Introduzir o Modelo de Resiliência de Daniel & Wassell (2002) como uma vertente de intervenção e de abordagem de crianças e jovens com PEA centrada na capacitação e na autonomia do aluno enquanto pessoa, que além de ter sido um enorme desafio, apresentou resultados principalmente a nível comportamental, daí ter surgido a necessidade de acrescentar nos relatórios de avaliação um domínio e objetivos no plano de intervenção relativos ao comportamento;
- Realizar uma revisão de literatura dos Estágios Profissionalizantes em Reabilitação Psicomotora inseridos no Mestrado da FMH em Reabilitação Psicomotora, por forma a descrever os locais de estágio, população, contextos, tipo de intervenção, os instrumentos utilizados e os resultados que têm sido obtidos em intervenção psicomotora com crianças dos 3 aos 18 anos com PEA.

Considerando o trabalho desenvolvido e as premências que o trabalho com esta população envolve, recomenda-se que, em futuros trabalhos de Relatórios de Estágios Profissionalizantes e Dissertações inseridos no Mestrado da FMH em Reabilitação Psicomotora se proceda a:

- Estudar mais características sócio-emocionais e constituintes da construção da resiliência em crianças e jovens com PEA num processo de intervenção psicomotora e qual o impacto que tem no desenvolvimento da autonomia e aquisição de competências do aluno;
- Clarificar e mensurar os resultados da intervenção psicomotora nos vários contextos com crianças e jovens com PEA, recorrendo a instrumentos validados para a população e/ou indicados para as variáveis a avaliar, para que haja mais evidências sobre os benefícios da intervenção psicomotora com esta população de acordo com os contextos e segundo as diversas abordagens;
- Introduzir, num próximo ano letivo, uma escala de avaliação da resiliência e do comportamento validada ou mais quantitativa, para melhor avaliar estes parâmetros nos alunos ao longo de uma intervenção psicomotora com esta incidência;

- Filmar algumas das sessões realizadas, para que o estagiário possa realizar uma melhor autoavaliação do seu desempenho e para que possa melhorar mais competências ao tomar uma maior consciência do seu trabalho;
- Melhorar a transmissão da informação entre estagiários do mesmo local de estágio, para que a continuidade do trabalho com os alunos seja mais eficiente.

Como ganhos pessoais, tornei-me mais flexível na organização e estruturação das sessões, bem como na adaptação dos materiais e nas tarefas a realizar. Passando a direccionar as sessões mais para as necessidades apresentadas pelo aluno no momento, tendo sempre como base os objetivos a trabalhar. Consequentemente as tarefas passaram a ser selecionadas com base nas escolhas ou interesses do aluno, trabalhando-se a partir daí os objetivos, isto conduziu a que as funções dos objetos fossem redefinidas, passando assim a explorar e redescobrir mais jogos, funções e possibilidades de trabalho com um mesmo objeto. Consegui aumentar a capacidade de resposta, tornando-me mais eficiente na resolução de problemas e no encontro de soluções e estratégias mais diversificadas. Aprendi a mediar grupos até 22 alunos, tanto como dinamizadora das sessões de Dança & Movimento como nas sessões em meio aquático. Percebi também que o ambiente laboral em que se está inserido é crucial para os resultados e o bem-estar dos profissionais e dos alunos, visto que maximiza as hipóteses de se atingir o sucesso, aumenta a coesão e o trabalho de equipa, amplifica o sentimento de pertença e de felicidade, tornando as aprendizagens e o crescimento mais fluído, onde as outras áreas se complementam com a psicomotricidade naturalmente e harmoniosamente. Outra aprendizagem que tive foi que a chave do sucesso está em simplificar e viver cada momento.

Enquanto reflexão final deste produto, considero importante que se reflita sobre temáticas como: 1) Será a quantidade mais importante que a qualidade do nosso trabalho? Então porquê acompanhar tantos casos e ter o horário tão sobrelotado? Talvez fosse preferível investir com mais qualidade em menos casos, trabalhando e criando relações mais fortes e mais situações do contexto natural do aluno, para que existisse mais transferência para os contextos reais do quotidiano; 2) Será o nosso sistema educativo adequado? Mais do que dar soluções e respostas, talvez fosse importante, o ensino educativo promover a autonomia e a capacidade de independência para que o aluno as saiba procurar; 3) Será que existem outras realidades e/ou outros métodos de ensino alternativos em Portugal ou no estrangeiro mais direccionados para as necessidades dos alunos, que contribuam para mais sucesso escolar e ganhos pessoais? Em Portugal métodos como o HightScope ou o homeschooling são mais direccionados para os interesses do aluno e existem também ensinos públicos em países como a Finlândia que estão classificados como os melhores sistemas educacionais; 4) Será a estrutura do sistema educativo português adequada para

apoiar a longo prazo os seus alunos, uma vez que dentro do ensino obrigatório se investe numa escola aparentemente “inclusiva” que após o ensino obrigatório se torna extremamente “exclusiva” na seleção para o ensino superior e/ou para o mercado de trabalho?; 5) Que crianças estamos a criar? Cidadãos autónomos, criativos e empreendedores ou a formatar segundo os programas curriculares impostos pelo Ministério da Educação?

E assim se levanta a questão de Papa Francisco (cit in Luhnnow & Muñoz, 2013): *Muitas vezes nos perguntamos que mundo deixaremos às nossas crianças. Devemos também perguntar: que crianças deixaremos ao mundo?*

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AFID. (2017). *Áreas de intervenção: CRI - Centro de Recursos para a inclusão*. Retirado de <https://www.afid.pt/areas-de-intervencao/cri-centro-de-recursos/>
- Agrelos, J. (2013). *Proposta de intervenção e avaliação de aceitação de um programa de Intervenção Precoce no pré-escolar* (Dissertação para Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial no domínio de Intervenção Psicomotora). Universidade Fernando Pessoa. Porto. Retirado de <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3803/1/Proposta%20de%20interven%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20aceita%C3%A7%C3%A3o%20de%20um%20progr.pdf>.
- Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves [AGAN]. (2014). *Projeto Educativo: Trabalhar o Presente, Construir Futuros por uma Escola de Excelência*. Ministério da Educação e Ciência, 6-25.
- Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves [AGAN]. (2015a). *Órgãos*. Retirado de http://www.agan.pt/1_organos.html#
- Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves [AGAN] (2015b). Versão adaptada de Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. (2013). *Escala de Adaptação ao Meio Aquático*.
- Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves [AGAN]. (2016). *Grelhas de Matrículas, Equipa e Plano de Atividades Anual de 2015/2016*. Reunião com Ana Garcia a 27 de Maio de 2016
- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (10 de dezembro de 1948). *Universal Declaration of Human Rights*. 217 A (III), Retirado de <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3712c.html>
- Associação para a Inclusão e Apoio ao Autista. (2017). *Tratamento e Modelos de Intervenção*. Retirado de http://www.aia.org.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=149:tratamento-e-modelos-de-intervencao&catid=293:perturbacoes-do-espectro-do-autismo-&Itemid=211
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2009). *Proposta de Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2012). *Psicomotricidade*. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo [APPDA]. (2010). Versão adaptada e traduzida de Schopler, E., Lansing, M.D., Reichler, R., & Marcus, L.

- (2005). *Psychoeducational Profile: TEACCH individualized assessment for children with autism spectrum disorders* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed, Inc.
- Aujila, I.J. & Redding, E. (2013). Barriers to dance training for young people with disabilities. *British Journal of Special Education*, 40 (2), 80-85. Retirado de www.dance4.co.uk/sites/default/files/news/13-03/changing-perceptions-publications-released-2013/barner-sv2lo.pdf
- Autism Speaks. (2010). *Interventions and Treatment Options*. Retirado de https://www.autismspeaks.org/sites/default/files/documents/as-hfa/treat_as-hfa_tool_kit.pdf
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174-183.
- Barros, A. (2003). A psicomotricidade numa escola de ensino regular. *A Psicomotricidade*, 1, 57-60.
- Bibby, P., Eikeseth, S., Martin, N. T., Mudford, O. C., & Reeves, D. (2002). Progress and outcomes for children with autism receiving parent-managed intensive interventions. *Research in Developmental Disabilities*, 23 (1), 81–104. doi: 10.1016/S0891-4222(02)00094-X
- Block, B., & Johnson, P. (2013). The Adapted Dance Process. *Journal of Physical Education, Recreation and Dance*, 82 (2). 16-23. doi: 10.1080/07303084.2011.10598577
- Borges, F. & Cardoso, L. (2011). Incluir por meio da Dança: uma experiência através do Projeto Dança sem barreiras. In *Revista Lentes Pedagógicas*, 1 (2).
- Brookman-Frazee, L., Vismara, L., Drahota, A., Stahmer, A., & Openden, D. (2009). Parent training interventions for children with autism spectrum disorders. In J. L., Matson (Ed.), *Applied behavior analysis for children with autism spectrum disorders* (pp. 237–257). New York, NY : Springer. doi: 10.1007/978-1-4419-0088-3_14.
- Bryson, S. E., Rogers, S. J., & Fombonne, E. (2003). Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (8), 506–516. doi: 10.1177/070674370304800802
- Caliari, E. (2004). Um projecto de prevenção psicomotora nas escolas. *A Psicomotricidade*, 3, 115-121.
- Camargo, S. & Bosa, C., (2009). Competência social, inclusão e autismo: revisão crítica da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 21 (1), 65-74.
- Canavan, C. (Ed.). (2015). *Supporting pupils on the autism spectrum in secondary schools: a practical guide for teaching assistants*. New York: Routledge.
- Carrilho, M. (2015). *Instituto Nacional de Estatística: Crianças e Adolescentes em Portugal*. Retirado de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=284013038&ESTUDOSmodo=2

- Carvalho, A. (2016). *Intervenção Psicomotora na Perturbação do Espectro do Autismo: Centro de Recursos para a Inclusão e Centro de Atividades Ocupacionais da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3290)
- Carvalho, F., Carvalho, J.V., Parreira, J., & Januário, N. (2016). *Desporto com Sentido – Boccia*. Associação de Paralisia Cerebral de Almada Seixal. Setúbal: Portugal
- Charlesworth, L., Wood, J., & Viggiani, P. (2007). Middle Childhood. In E. Hutchison, *Dimensions of Human Behavior - The Changing Life Course* (pp. 177-225). Virginia Commonwealth University: SAGE Publications, Inc.
- Cook, K., & Willmerdinger, A. (2015). *The History of Autism*. Retirado de <http://scholarexchange.furman.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=schopler-about>
- Coppenolle, H. V., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy. Retirado de <http://journals.humankinetics.com/AcuCustom/Sitename/Documents/DocumentItem/12727.pdf>
- Crabtree, K.E. (2011). Adapted Dance: Meeting the Needs of our Students. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 82(2), 15-31. doi: 10.1080/07303084.2011.10598576
- Cruz, I. Santos, M., Souza, I., Souza, A., Soares, J., Souza, L. ... & Oliveira, C. (2015). A Música Como Intervenção e Cuidados Em Saúde: Revisão Integrativa. *Gestão e Saúde*, 6(1), 549-564
- Daniel, B. & Wassell, S. (2002). *Adolescence: Assessing and Promoting Resilience in Vulnerable Children 3*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- De Vries, D., Beck, T., Stacey, B., Winslow, K., & Meines, K. (2015). Music as a therapeutic intervention with autism: A systematic review of the literature. *Therapeutic Recreation Journal*, 49 (3), 220-237.
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*. 1.ª série – N.º 4 - 7 de Janeiro de 2008, 154-164. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EInfancia/documentos/0015400164.pdf>
- Decreto-Lei n.º 49/2005. Assembleia da República. *Diário da República*. I Série – A - N.º 166 - 30 de Agosto de 2005 - 5122-5138. Retirado de http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/AE6762DF-1DBF-40C0-B194-E3FAA9516D79/1768/Lei49_2005.pdf

- Direção-Geral da Educação [DGE] (2016). *Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo*. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/unidades-de-ensino-estruturado-para-educacao-de-alunos-com-perturbacoes-do-espectro-do-autismo>
- Direção-Geral da Educação [DGE] (2017). *Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo*. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/unidades-de-ensino-estruturado-para-educacao-de-alunos-com-perturbacoes-do-espectro-do-autismo>
- Direção-Geral de Educação (2015). *Avaliação das Políticas Públicas – Inclusão de Alunos com Necessidades Educativas Especiais: O Caso dos Centros de Recursos para a Inclusão*. Retirado de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/estudo_cri_mar2015.pdf
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC). (2016). *Questionário das Necessidades Especiais de Educação: Ano letivo 2015/2016*. Retirado de [http://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=622&fileName=DGEEC_DSEE_DEEBS_2016_NEE2.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=622&fileName=DGEEC_DSEE_DEEBS_2016_NEE2.pdf)
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC]. (2016). *Questionário das Necessidades Especiais de Educação Ano letivo 2015/2016*. Retirado de <https://www.dgeec.mec.pt/np4/224/%257B>
- Domingues, L. (2013). *Relatório de Estágio: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2890)
- Dvoráková, H., & Michallová, Z. (2004). A contribuição das actividades psicomotoras na promoção da aprendizagem das crianças. *A Psicomotricidade*, 4, 35-45.
- Eldevik, S., Eikeseth, S., Jahr, E., & Smith, T. (2006). Effects of low-intensity behavioral treatment for children with autism and mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36 (2), 211–224. doi: 10.1007/s10803-005-0058-x
- European Forum of Psychomotricity. (2017). *Psychomotricity: General Information*. Retirado de <http://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>
- Feldman, M. A., & Werner, S. E. (2002). Collateral effects of behavioral parent training on families of children with developmental disabilities and behavior disorders. *Behavioral Interventions*, 17 (2), 75–83. doi: 10.1002/bin.111
- Fernández, R., Vázquez, M. & Pena, V. (2015). Benefícios de la música en conductas disruptivas en la adolescencia. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 15(3), 1-25, doi: 10.15517/aie.v15i3.20902

- Ferreira, C. A. M. (2000). *Psicomotricidade: Da educação infantil à gerontologia, Teoria & Prática*. São Paulo: Editora Lovise.
- Filipe, C. N. (2012). *Autismo: Conceitos, Mitos e Preconceitos*. Lisboa: Babel.
- Fleitlich, B., Loureiro, M.J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2014). *Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires*. Retirado de [http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz\(Portugal\)](http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Portugueseqz(Portugal))
- Fonseca, C., Thurm, B., Vecchi, R., & Gama, E. (2014). Ballroom Dance and Body Size Perception. *Perceptual and Motor Skills: Motor Skills and Ergonomics*, 119(2). 495-503, doi: 10.2466/25.PMS.119c26z1.
- Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V., Fonseca & R., Martins (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*. (pp.13-28). Lisboa: Edições FMH
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 42-52. Retirado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a04.pdf>.
- Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N. & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1227-1240.
- Franzoi, M., Santos, J., Backes, V., & Ramos, F. (2016). Intervenção musical como estratégia de cuidado de enfermagem a crianças com transtorno do espectro do autismo em um centro de atenção psicossocial. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(1), 1-8, doi: 10.1590/0104-070720160001020015
- Fung, L. K., Mahajan, R., Nozzolillo, A., Bernal, P., Krasner, A., Jo, B., Whitaker, A., Veenstra-Vanderweele, J., & Hardan, A. (2016). Pharmacologic Treatment of Severe Irritability and Problem Behaviors in Autism: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 137 (s2). doi: 10.1542/peds.2015-2851K
- Gilligan, R. (1997). Beyond pennanence? - The importance of resilience in child placement practice and planning. *Adoption and Foscering*, 21, 12-20. Retirado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/030857599702100104>
- Gomes, B. (2006). Psicomotricidade na escola, um serviço de apoio a alunos com necessidades educativas especiais. *A Psicomotricidade*, 7, 55-60.
- Gonçalves, C. (2013). *Intervenção Psicomotora com Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2922)
- Gonçalves, I. (2012). *A Psicomotricidade e as Perturbações do Espectro do Autismo no Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de

Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2531)

- Goodwin, D. L. (2003). Instructional approaches to the teaching of motor skills. In R. D. Steadward, G. D., Wheeler, & E. J. Watkinson (Eds.). *Adapted physical activity* (pp. 255-284). Edmonton, AB: University of Alberta Press.
- Green, D., Charman, T., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Simonoff, E. & Baird, G. (2009). Impairment in movement skills of children with autistic spectrum disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51, 311-316.
- Greenspan, S. (2001). The affect diathesis hypothesis: the role of emotions in core deficit in autism and the development of intelligence and social skills. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5(1), 1-44.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2008). The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Diagnostic Manual for Infants and Young Children – An Overview. *Journal de l'Académie Canadienne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 17 (2). 76-89. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2387109/>
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (2000) 'Developmentally appropriate interactions and practices', in S.I. Greenspan (ed.), *The Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders Clinical Practice Guidelines*. Bethesda, MD: Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. Ch. 12. Retirado de <http://www.icdl.com/bookstore/icdl-clinical-practice-guidelines>
- Greenspan, S.I., & Wieder, S. (2006) *Engaging Autism: Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate, and Think*. Cambridge, ME: Da Capo Press.
- Guerra, V. (2011). *Relatório de Estágio: Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2345)
- Hamilton, A.F.C., Brindley, R.M., & Frith, U. (2007). Imitation and action understanding in autistic spectrum disorders: How valid is the hypothesis of a deficit in the mirror neuron system? *Neuropsychologia*, 45, 1859-1868. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2006.11.022
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25.
- Hildebrandt, M.K., Koch, S.C. & Funchs, T. (2016). "We Dance and Find Each Other": Effects of Dance/Movement Therapy on Negative Symptoms in Autism Spectrum Disorder. *Behavioral Sciences*, 6(4), 1-24. doi: 10.3390/bs6040024

- Howsmon, D., Kruger, U., Melnyk, S., James, S. & Hahn, J. (2017). Classification and adaptive behavior prediction of children with autism spectrum disorder based upon multivariate data analysis of markers of oxidative stress and DNA methylation. *PLoS Comput Biol.* 13 (3): e1005385. doi:10.1371/journal.pcbi.1005385
- Huang, S., Hogg, J., Zandieh, S., & Bostwick, S. (2012). A Ballroom dance classroom program promotes moderate to vigorous physical activity in elementary school children. *American Journal of Health Promotion.* 26(3), 160-165. doi: 10.42 ys/ajhp.090625-QUAN-203
- Inal, S. (2014). Competitive Dance for Individuals with Disabilities. *Palaestra*, 28(1), 32-35.
- Ingersoll, B.R., & Wainer, A.L. (2011). Pilot study of a school-based parent training program for preschoolers with ASD. *Autism*, 434–438. doi: 10.1177/1362361311427155
- Jacobson, J., Mullick, J., & Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. Issues in Clinic Child Psychology. Springer. New York
- Joly, I. (2003). Música e Educação Especial: uma possibilidade concreta para promover o desenvolvimento de indivíduos. *Educação (UFSM)*, 28(2), 79-86.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* (2), 217-250. Gillberg, C. (2007). The Autism Spectrum. In J. W., Jacobson, J. A., Mulick & J., Rojahn (Eds.). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 41-59). New York, NY: Springer US.
- Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3-11.
- Kwee, C.S., Sampaio, T.C. & Atherino, C. (2009). Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. *Rev CEFAC*, 11 (12), 217-226, Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v11s2/a12v11s2.pdf>
- Lebre, P., Amoedo, H., Monteiro, E., Seixas, T., & Falcão, A. (2016). *Desporto com Sentido - Dança*. Setúbal: Associação de Paralisia Cerebral de Almada Seixal
- Lei n.º 21/2008. Assembleia da República. *Diário da República*. 1ª série – N.º 91 - 12 de Maio de 2008, 2519-2521. Retirado de http://www.ige.min-edu.pt/upload/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Lei_21_08.pdf
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 10, 11-22.
- Loovas Institute. (2005-2017). *Our difference: Comparison of Three Common Interventions For Children with Autism*. Retirado de <http://www.lovaas.com/approach-differentiate.php>
- Loovas, O. I. (2003). *Teaching individuals with developmental delay: Basic intervention techniques*. Austin, TX : Pro-ed.

- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S., & Luyster, R. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2)*. Torrance, CA: Western Psychological Services
- Luhnow, D. & Muñoz, S. (2013). Con el papa Francisco, América Latina espera un fortalecimiento del catolicismo, *The Wall Street Journal*. Retirado de <https://www.wsj.com/articles/SB10001424127887324323904578366822364515796>
- Luiselli, J. K. (Ed.). (2012). *The handbook of high-risk challenging behaviors in people with intellectual and developmental disabilities*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Malley, S. (2014). *Students with Disabilities and the Core Arts Standards*. Washington: The John F. Kennedy Center for the Performing Arts.
- Maria, I. (2012). *Intervenção Psicomotora com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Centro de Recursos para a Inclusão da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2691)
- Maria, I., & Rodrigues, D. (2014a). *Grelha de Avaliação Psicomotora 1º Ciclo (GAP-1)*. Adaptado de Maria, I. (2012). *Intervenção Psicomotora com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Centro de Recursos para a Inclusão da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2691)
- Maria, I., & Rodrigues, D. (2014b). *Grelha de Avaliação Psicomotora 2º Ciclo (GAP-2)*. Adaptado de Maria, I. (2012). *Intervenção Psicomotora com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo: Centro de Recursos para a Inclusão da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2691)
- Martin, M. (2014). Moving on the spectrum: Dance/movement therapy as a potential early intervention tool for children with Autism Spectrum Disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 545-553.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V., Fonseca & R., Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 13-28). Lisboa: Edições FMH.

- Matos, M. G., & Tomé, G. (Coord.) (2012). *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*, Volume 2: *Intervenções com jovens e na comunidade*. Lisboa: Placebo Editora.
- McCrimmon, A., & Montgomery, J. (2014). Resilience-Based Perspectives for Autism Spectrum Disorder (Capítulo 17), *Resilience Interventions for Youth in Diverse Populations*, 375-396. doi: 10.1007/978-1-4939-0542-3_17
- Mendes, M., Cavalcante, S., Oliveira, E., Pinto, D., Barbosa, T., & Camargo, C. (2015). Children with neuropsychomotor development delay: music therapy promoting quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(5), 797-802. doi: 10.1590/0034-7167.2015680505i
- Miller, M., Chukoskie, L., Zinni, M., Townsend, J., & Trauner, D. (2014). Dyspraxia, motor function and visual-motor integration in autism. *Behavioural Brain Research*, 269, 95-102.
- Miller, S. A., Rodriguez, N. M., & Rourke, A. J. (2015). Do mirrors facilitate acquisition of motor imitation in children diagnosed with autism?. *Journal of applied behavior analysis*, 48(1), 194-198. doi: 10.1002/jaba.187
- Ministério da Educação (2007). *Centro de Recursos para a Inclusão – Reorientação das escolas especiais*. Retirado de http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/cri_reorientacao.pdf
- Mitchell, F. (2011). *Resilience: concept, factors and models for practice*. Scottish Child Care and Protection Network. School of Applied Social Science, University of Stirling. Retirado de <http://www.scie-socialcareonline.org.uk/resilience-concept-factors-and-models-for-practice/r/a11G00000017y56IAA>
- Monteiro, M. (2013). *Relatório de Estágio Profissionalizante em Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2889)
- Morais, C. (2011). *Os Professores e os Comportamentos de Risco de Alunos a Frequentar o 1º ciclo do Ensino Básico* (Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial). Universidade Técnica de Lisboa/ Faculdade de Motricidade Humana, Cruz Quebrada. Retirado de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/2860>
- National Research Council. (2001). *Educating Children with Autism*, ed. C. Lord and J. P. McGee. Committee on Educational Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press.
- Núñez, J., & Berruezo, P. (2007). *Psicomotricidad y Educación Infantil* (8ª Edição). Coleção: Psicomotricidad y Educación. Madrid, Espanha: CEPE Editora.

- NYC Department of Education (2009). *Dance Education for Diverse Learners – A Special Education Supplement to the Blueprint for Teaching and Learning in Dance*. New York: City Department of Education & Office of Arts and Special Projects.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T.S., Coutinho, A.M., Mota-Vieira, L., ...& Vicente, A.M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.
- Oliveira, G., Lopes, V., Damasceno, M. & Silva, E. (2012). A contribuição da musicoterapia na saúde do idoso. *Cadernos UniFOA*, 20, 85-94.
- Ospina, M.B., Seida, J.K., Clark, B., Karkhaneh, M., Hartling, L., Tjosvold, L., Vandermeer, B., & Smith, V. (2008). Behavioural and Developmental Interventions for Autism Spectrum Disorder: A Clinical Systematic Review. *PLOS ONE*, 3 (11), 1-32. doi: 10.1371/journal.pone.0003755
- Ozonoff, S., Dawson, G., & McPartland, J. (2002). *A Parent's Guide to Asperger Syndrome and High-Functioning Autism: How to Meet the Challenges and Help Your Child Thrive* (1st Eds). The Guildford Press. New York: NY
- Ozonoff, S., Pennington, B., & Rogers, S. (1991). Executive function deficits in highfunctioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Ozonoff, S., Rogers, S., & Hendren, R. (2008). *Autism Spectrum Disorders: A Research Review for Practitioners*. Washington, DC & London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Padilha, M. (2008). *A Musicoterapia no Tratamento de Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina, pela Universidade da Beira Interior – Faculdade de Ciências da Saúde. Retirado de <http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis/upload/118/763/marisapadilhadiisert.pdf>
- Pereira, A. (2014). *Intervenção Psicomotora e Perturbações do Espetro do Autismo – Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADIn)* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3069)
- Pereira, C. (2015). *Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3258)

- Pereira, F. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo: normas orientadoras*. Lisboa: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Direcção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo. Retirado de http://crid.esecs.iplleiria.pt/files/2014/05/publ_unidades_autismo.pdf.
- Pereira, L. (2016). *Desporto Escolar com Sentido*. Retirado de www.desportocomsentido.org
- Perrin, J., & Laranjeira-Heslot, C. (2009). L'Evaluation Psychomotrice dans le cadre du diagnostic précoce de l'autisme et des TED. *Thérapie Psychomotrice*, 158, 92-105.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2011). A meta-analytic study on the effectiveness of comprehensive ABA-based early intervention programs for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5 (1), 60–69. doi: 10.1016/j.rasd.2010.03.011
- Pituch, K.A., Green, V.A., Didden, R., Lang, R., O'Reilly, M.F., Lancioni, G.E., & Sigafoos, J. (2010). Parent reported treatment priorities for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 135–143.
- Provost, B., Lopez, B.R. & Heimerl, S. (2007). A comparison of motor delays in young children: Autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 321-328.
- Qi, J., & Ha, A.S. (2012). Inclusion in Physical Education: A review of literature. *International Journal of Disability, Development and Education*, 59 (3), 257-281. doi: 10.1080/1034912x.2012.697737
- Riosa, P., Chan, V., Maughan, A., Stables, V., Albaum, C. & Weiss, J. (2017). Remediating Deficits or Increasing Strengths in Autism Spectrum Disorder Research: a Content Analysis, *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 1(3), 113-121. doi:10.1007/s41252-017-0027-3
- Robins, D., Fein, D., & Barton, M. (2009). *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)*. Retirado de http://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/09/M-CHAT-R_NoShading.pdf
- Rodrigues, J. (2016). *Intervenção Psicomotora com Crianças e Jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), pertencentes ao Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves (Amadora)* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3278)
- Rodriguez, I., Silva, E., Capellini, V. & Santos, F. (2015). A música e a pessoa com deficiência: uma revisão narrativa da literatura. *Música e Linguagem- Revista do Curso de Música da Universidade Federal do Espírito Santo*, 1(4), 37-51.

- Rutter, M., LeCouteur, A., & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Sá, V. (2016). *Intervenção psicomotora nas perturbações do espectro do autismo na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA) de Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3281)
- Sandin, S., Lichtenstein, P., Kuja-Halkola, R., Larsson, H., Hultman, C., & Reichenberg, A. (2014). The familial risk of autismo. *JAMA*, 311(17), 1770-1777. doi:10.1001/jama.2014.4144.
- Scharoun, S.M., Reinders, N.J., Bryden, P.J. & Fletcher, P. C. (2014). Dance/Movement Therapy as an Intervention for Children with Autism Spectrum Disorders. *American Journal of Dance Therapy*, 36(2), 209-228. doi: 10.1007/s10465-014-9179-0
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2005). *Psychoeducational Profile: TEACCH individualized assessment for children with autism spectrum disorders* (3rd ed.). Austin, TX: Pro-Ed, Inc.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M., Wellman, J., & Love, S., (2010). *Childhood Autism Rating Scale – 2nd Edition*. Los Angeles: Western Psychological Services
- Sensory Integration Global Network. (s.d.). *Home*. Retirado de <https://www.siglobalnetwork.org/>
- Sequeira, A. (2016). *Relatório de Estágio, Associação Crescer com Sentido: Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Desenvolvimento* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 3257)
- Silva, C. & Antunes, A.P. (2011). *Dança inclusiva e grupo Dançando com a Diferença: percepções de mudança nos bailarinos*. In A. Barca, M. Peralbo, A. Porto, J. Blanco, B. D. Silva e L. S. Almeida (Eds.), *Libro de Actas do XI Congresso Galego-Portugués de Psicopedagogía*, Corunha, pp. 103-115.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C. & Bruckman, D. (2007) 'Pilot study of a parent training program for young children with autism: the P.L.A.Y. Project Home Consultation Program', *Autism*, 11 (3), 205–24. doi: 10.1177/1362361307076842
- Stevens-Ratchford, R. (2016). Ballroom Dance: Linking Serious Leisure to Successful Aging. *The International Journal of aging and Human Development*, 83(3), 290-308. doi: 0.1177/0091415016652405
- Taylor, B. (2006). Vaccines and the changing epidemiology of autism. *Child: Care, Health and Development*, 32(5), 511-519.

- TEACCH Autism Program. (2015). *TEACCH Approach*. University of North Carolina, Chapel Hill School of Medicine. Retirado de <http://teacch.com/about-us/what-is-teacch>
- Teixeira, S. (2011). *Intervenção Psicomotora com crianças com Perturbações do Espectro do Autismo no Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa* (Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Biblioteca da Faculdade de Motricidade Humana (Quota: Tese M 2539)
- Texas Statewide Leadership for Autism Training [TSLAT]. (2011). *Target: Texas Guide for Effective Teaching - TEACCH (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children)*. Retirado de <http://www.txautism.net/uploads/target/TEACCH.pdf>
- The Greenspan Floortime Approach. (2017). *About Floortime*. Retirado de <https://stanleygreenspan.com/resources/about-floortime>
- The Interdisciplinary Council on Development and Learning. (2007). *What is DIR®: DIR® and the DIRFloortime® Approach*. Retirado de <http://www.icdl.com/DIR>
- Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., & Rijsdijk, F. (2016). Heritability of autism spectrum disorders: a meta-analysis of twin studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 57(5), 585-95. doi: 10.1111/jcpp.12499
- Toro, L. (2013). Instrumento de psicomotricidad vivenciada para niños y niñas autistas. *Revista U.D.C.A Actualidad & Divulgación Científica*, 16(2), 343-350. Retirado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rudca/v16n2/v16n2a08.pdf?viewType=Print&viewClass=Print>
- Traub, F., & Boynton-Jarrett, R. (2017). Modifiable Resilience Factors to Childhood Adversity for Clinical Pediatric Practice. *Pediatrics*, 139 (5). doi: 10.1542/peds.2016-2569
- UNESCO. (1994). *Declaração de Salamanca e o Enquadramento da Acção – Necessidades Educativas Especiais*. Adaptado pela Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, Salamanca. Retirado de <http://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/declaracao-salamanca.pdf>
- Van Heijst, B.F. & Geurts, H. (2015). Quality of life in autism across lifespan: a meta-analysis. *Autism*, 19(2), 158-167. doi: 10.1177/1362361313517053
- Van Rie, G.L. & Heflin, L. J. (2009). The effect of sensory activities on correct responding for children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (3) 3, 783-796. Retirado de <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.03.001>
- Vernazza-Martin, S., Martin, N. Vernazza, A., Lepellec-Muller, A., Rufo, M., Massion, J. & Assaiante, C. (2005). Goal direct locomotion and balance control in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35(1), 91-102.
- Vieira, J., Batista, M., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática* (2ª edição). Curitiba: Filosofar.

- Volkmar, F., Szatmari, P. & Sparrow, S. (1993). Sex differences in pervasive developmental disorders. *Journal of Autism Developmental Disorder*. 23, 579 -91.
- Warren, Z., McPheeters, M.L., Sathe, N., Foss-Feig, J.H., Glasser, A., & Veenstra–VanderWeele, J. (2011). *A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders*. *Pediatrics*, 127, 1303–1311. doi: 10.1542/peds.2011-0426.
- Welterlin, A., Turner-Brown, L.M., Harris, S., Mesibov, G. & Delmolino, L. (2012). The Home TEACCHing Program for Toddlers with Autism. *J Autism Dev Disord*, 42, 1827–1835. doi: 10.1007/s10803-011-1419-2
- Whatley, S. (2008). *Moving Matters Supporting Disabled Students in Higher Education*. Coventry: Centre for Media Arts and Performance (CeMAP) – Coventry School of Art and Design: Coventry University.
- Wigram, T., & Gold, C. (2006). Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: Clinical application and research evidence. *Child: Care, Health & Development*, 32(5), 535–542.
- Wilkinson, L.A. (2010). *A Best Practice Guide to Assessment and Intervention for Autism and Asperger Syndrome in Schools*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Woo, C.C., Donnelly, J.H., Steinberg-Epstein, R., & Leon, M. (2015). Environmental enrichment as a therapy for autism: A clinical trial replication and extension. *Behavioral neuroscience*, 129(4), 412. doi: 10.1037/bne0000068
- World Health Organization. (2013). *Autism spectrum Disorders & other developmental Disorders, From raising awareness to building capacity*. WHO Library. Genève.

VI. ANEXOS

ANEXO I – Estágios profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora na FMH

A terminologia presente nos diagnósticos foi retirada na íntegra conforme os autores dos Relatórios de Estágios profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora na FMH os mencionaram. A tabela 30 representa uma síntese da revisão de literatura relativa a 13 relatórios em que houve intervenção psicomotora com uma população com idades entre os 3 e os 18 anos com PEA.

Tabela 30 – Síntese da Revisão de Literatura dos Relatórios de estágio profissionalizantes inseridos no Mestrado em Reabilitação Psicomotora na FMH

Autores	Local de Estágio	População	Contexto	Tipo de intervenção	Instrumentos	Resultados positivos
Guerra (2011)	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADin)	<ul style="list-style-type: none"> Problemáticas: <ul style="list-style-type: none"> - PEA - Síndrome de Asperger com Displasia Septo-ótica Idades: 8 anos e 12 anos Estudos de caso: 2 	Clínico – sala/ginásio	Sessão individual com possibilidade de presença dos pais em sessão (Estabelecimento de objetivos a serem trabalhados no contexto casa e escola, além de contexto clínico) 45' 1x/semana	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semi-estruturadas a pais e educadores (CADin, 2010 – complemento à anamnese); - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Luiz et al., 2006 – versão revista); - Escala de comportamento adaptativo de Vineland (forma reduzida; 2ª edição, Sparrow, Balla & Cicchetti, 2005). 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias na comunicação e linguagem verbal, não-verbal e receptiva (mais vocabulário, melhor compreensão, mais vocalizações e gestos) Melhorias no comportamento (redução de estereotipias motoras e aumento da capacidade de escolha e iniciativa) Aumento de competências cognitivas (dias da semana, números e sua quantidade)
Teixeira (2011)	Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> Problemáticas: <ul style="list-style-type: none"> - PEA - Síndrome de Down com défice cognitivo 	Escolar - piscina	Sessão grupal 45' 1x/semana	- Grelha de observação para Psicomotricidade em meio aquático (APPDA-Lisboa, 2012);	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias na adaptação ao meio aquático nos deslocamentos horizontais, função respiratória, maior

		grave e autismo atípico - PEA e défice cognitivo <ul style="list-style-type: none"> Idades: 6 anos a 10 anos Estudos de Caso: 4 			- Grelha de observação para Psicomotricidade em ginásio (APPDA-Lisboa, 2011, adaptado de vários instrumentos: Exploración Psicomotriz de Ortega & Obispo, 2007; Bateria Psicomotora de Fonseca, 1975; Body Skills de Werder, 1988; Escala de Desenvolvimento de Griffiths de Griffiths, 1996, Perfil Psicoeducativo edição revista de Shopler et al. 1990 e Perfil Psicoeducativo 3º edição de Schopler et al., 2005).	autonomia e contacto com a água no corpo e rosto; <ul style="list-style-type: none"> Melhorias no perfil psicomotor na lateralidade, equilíbrio horizontal, motricidade global e imitação; Melhorias no comportamento na interação social (com as técnicas, colegas e em situação de jogo), na adequação da linguagem e comunicação e na diminuição de comportamentos disruptivos (hétero-agressão e birras)
Gonçalves (2012)	Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> Problemáticas: - PEA com alteração ligeira no comportamento Idades: 9 e 11 anos Estudos de Caso: 2 	Escolar – ginásio e piscina	Sessão grupal 45' 1x/semana	- Bateria Psicomotora (Fonseca, 1975); - Body Skills (Werder & Bruininks, 1988); - Exploración Psicomotriz (Ortega & Obispo, 2007); - Escala de desenvolvimento infantil de Griffiths (Griffiths, 1996) - LOFOPT (Coppenolle, et al. 1989); - Perfil Psicoeducativo – Revisto (Shopler et al. 1990); - Perfil Psicoeducativo – 3º edição (Schopler et al., 2005).	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias no meio aquático na reação no contacto da água no rosto, ao nível da função respiratória, na propulsão e no equilíbrio em decúbito ventral e dorsal sem apoio ou flutuadores; No perfil psicomotor houve melhorias no equilíbrio, motricidade global, estruturação temporal, lateralidade, motricidade fina e competências cognitivas. Melhorias no comportamento com aumento de interesses, contacto com o outro, interação social com os outros, motivação por

						recompensas intrínsecas e recurso a tentativa/erro por auto correção. <ul style="list-style-type: none"> Melhorias na comunicação e na expressão de necessidades, desejos e preferências.
Maria (2012)	Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> Problemáticas: <ul style="list-style-type: none"> - Autismo atípico com alteração ligeira no comportamento - Perturbação Autística com alteração moderada do comportamento - Perturbação Autística com alteração grave do comportamento - Perturbação Autística com alteração grave do comportamento e hiperatividade Idades: 6 e 11 anos Estudos de Caso: 6 	Escolar – ginásio	Sessão individual 30' 1x/semana	- Grelha de Observação, Perfil Psicomotor e Comportamental (APPDA-Lisboa, 2012 adaptado de APPDA-Lisboa, 2011); - Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (Fernández, 2008).	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias no perfil psicomotor em termos do equilíbrio (dinâmico e estático), na noção do corpo, estruturação espaço temporal/ imitação, coordenação óculo-manual, coordenação óculo-podal, praxia fina e competências cognitivas/noções espaciais; Melhorias comportamentais sobretudo nas relações interpessoais e nas relações estabelecidas com o ambiente e os materiais (exploração adequada).

Domingues (2013)	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADin)	<ul style="list-style-type: none"> Problemática: <ul style="list-style-type: none"> - PEA - Idade: 6 anos Estudos de Caso: 2 	Clínico - sala	Sessão Individual 45' 2x/semana ou 45' 1x/semana dependendo da criança, com possibilidade de presença dos pais	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths (Luiz et al., 2006 – versão revista); - Bateria de Aptidões para Aprendizagem Escolar (La Cruz, 1996); - Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord, Rutter, DiLavore & Risi, 2001); - Autism Diagnostic Interview Revised (Lord, Rutter & Le Couter, 1994). 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias na linguagem (e.g. seguir instruções, identificar palavras e letras), no domínio cognitivo (e.g. contagem, noções numéricas, agrupar objetos por categorias), na motricidade fina e no domínio pessoal e social (e.g. gerir birras, realizar tarefas programadas, identificar direita e esquerda no próprio, vestir o casaco e realizar pequenos recados sozinho).
Gonçalves (2013)	Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> Problemática: <ul style="list-style-type: none"> - PEA - PEA com alteração moderada do comportamento - PEA com alteração moderada do comportamento e Síndrome de Neurocutaneo - PEA com alteração ligeira do comportamento - PEA associada a alterações neurológicas 	Escolar – ginásio e piscina	<p>Sessão individual e a pares (ginásio) 45' 1x/semana para um aluno e 2x/semana para os restantes</p> <p>Sessão grupal – 4 elementos (piscina) 45' 1x/semana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grelha de Observação, Perfil Psicomotor e Comportamental (APPDA-Lisboa, 2013, adaptada de APPDA-Lisboa, 2012); - Grelha de observação em meio aquático (APPDA-Lisboa, 2012); - <i>Checklist</i> Autismo (Hannel, 2006, traduzido por APPDA-Lisboa, 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> No meio aquático houve melhorias nas entradas e saídas da piscina, no equilíbrio e flutuação, na função respiratória, na realização de movimento ativos na água, nas interações realizadas e uma melhor adaptação ao meio aquático; Melhorias comportamentais nas relações interpessoais, nas relações estabelecidas com o ambiente e os materiais (exploração adequada), uma maior adequação dos

		<ul style="list-style-type: none"> Idade: 7 anos a 16 anos Estudos de Caso: 8 				<p>comportamentos ao contexto e um aumento da linguagem e comunicação;</p> <ul style="list-style-type: none"> No perfil psicomotor houve melhorias nas competências cognitivas/noções espaciais, na coordenação óculo-podal, coordenação óculo-manual, praxia global, estruturação/organização espaço-temporal, imitação, dominância lateral e equilíbrio dinâmico.
Monteiro (2013)	Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Horta	<ul style="list-style-type: none"> Problemática: - PEA Idade: 5 e 6 anos Estudos de Caso: 3 	Clínico – sala de estimulação sensorial/psicomotricidade	Sessão grupal 60' 1x/semana Com possibilidade de participação ativa da família nas sessões	<ul style="list-style-type: none"> - Questionário 1 (Monteiro, 2013 adaptado do “Inventário das Necessidades da Família” de Bailey, PH.D. e Simeonsson, PH.D, 1990 e do “Family Interest Survey” de J. Cripe e D. Bricker, 1993) - Inventário de comportamento da criança para pais (Achenbach, 1991) - Movement Assessment Battery For Children (Henderson & Sugden, 1992) - Escala de observação dos comportamentos sociais para crianças de idade pré escolar em ambientes de integração (traduzido e adaptado de Jonhson & Mandell, 1988, por Teresa Brandão, 1991) 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorias nas competências motoras, sobretudo no equilíbrio dinâmico e no lançamento da bola, bem como no agarrar desta; Melhorias nas competências sociais, com maior receptividade às atividades propostas, maior cooperação grupal, maior intenção comunicativa, diminuição de comportamentos disruptivos (birras) e maior cumprimento de regras.

Pereira (2014)	Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADin)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: - PEA ▪ Idade: 3 e 7 anos ▪ Estudos de Caso: 2 	Clínico - sala	Sessão individual 30' 1x/semana	<ul style="list-style-type: none"> - Checklist de Objetivos Operacionais (Pereira, 2014); - Grelha de Observação do Comportamento (Marques, Castro, Gonçalves & Martins, 2012). 	<ul style="list-style-type: none"> • Na intervenção individual houve melhorias na socialização, no comportamento, na comunicação, na cognição e no raciocínio prático e na motricidade.
Pereira (2015)	Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Horta	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: - PHDA e PEA ▪ Idade: 9 anos ▪ Estudos de Caso: 1 sujeito integrado num grupo 	Clínico – sala de estimulação sensorial/psicomotricidade	Sessão grupal 60' 1x/semana	<ul style="list-style-type: none"> - Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2, Bruininks & Bruininks, 2005) - Questionário aplicado aos pais que inclui a TABS – Escala de Temperamento e Comportamento Atípico (Bagnato, Salvia, Neisworth, & Hunt, 1999 traduzido e adaptado por Vaz, Lopes & Brandão, 2009), o Inventário das Rotinas na Família (Boyce, Jensen, James, & Peacock, 1983) e o Questionário das Atividades Diárias (Garnstein, s/d) - Escala de Observação dos Comportamentos (Pereira, 2015) - Grelha de Observação das Relações entre Pares (Pereira, 2015 adaptado de Assessment of Peer Relations de Michael J. Guralnick, 1992). 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias ao nível das competências sociais, existindo mais cooperação, espírito de equipa, respeito pelas regras, comunicação (melhor linguagem expressiva, maior verbalização) e melhores interações sociais com o adulto e com os pares (mais tolerante a aproximações sociais) • Melhorias no comportamento com maior capacidade de atenção, partilha, motivação, maior resistência à frustração, maior capacidade de iniciativa, aumento da participação adequada e ajustamento do comportamento ao contexto, acompanhado por uma redução de comportamentos desajustados (agressividade, impulsividade e ansiedade).

Carvalho (2016)	Centro de Recursos para a Inclusão e Centro de Atividades Ocupacionais da APPDA de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: <ul style="list-style-type: none"> - PEA - PEA com alteração ligeira do comportamento ▪ Idade: 7, 9 e 18 anos ▪ Estudos de Caso: 3 	Escolar e Institucional – Ginásio e Sala de Snoezelen	Sessão individual e a pares 15' a 45' 1x/semana	<ul style="list-style-type: none"> - Checklist de Observação Psicomotora (CRI/APPDA-LISBOA, 2014); - Checklist de Observação Psicomotora – COPM – Adaptação CAO (CAO/APPDA-LISBOA, 2014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias no perfil psicomotor nos parâmetros do equilíbrio (dinâmico e estático), na coordenação óculo-podal e óculo-manual, no planeamento, execução e controlo motor e maior regulação e controlo tónico; • Melhorias a nível comportamental com a redução da impulsividade e maior regulação de atenção.
Rodrigues (2016)	Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: <ul style="list-style-type: none"> - PEA ▪ Idade: 7 anos ▪ Estudos de Caso: 2 	Escolar – Ginásio e piscina	Sessão individual 45' 1x/semana Sessão grupal - Dança & Movimento 60' 1x/semana Sessão grupal – piscina 45' 1x/semana	<ul style="list-style-type: none"> - Grelha de Avaliação Psicomotora do 1º Ciclo (GAP I) (Maria & Rodrigues, 2014); - Grelha de Avaliação Psicomotora do 2º Ciclo (GAP II) (Maria & Rodrigues, 2014); Escala de Adaptação ao Meio Aquático (APPDA-Lisboa, 2013); Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT) (Coppennolle et al., 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias no perfil psicomotor, em intervenção individual, ao nível da estruturação espaço-temporal, coordenação óculo-manual, praxia fina, competências cognitivas/noções espaciais e no equilíbrio dinâmico; • Na Dança & Movimento houve um melhor controlo do movimento e uma melhor expressão corporal; • No meio aquático as melhorias foram no contacto com a água (corpo e rosto), flutuação, função respiratória, imersão, tonicidade e motricidade global.
Sá (2016)	Associação Portuguesa para as Perturbações do	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: <ul style="list-style-type: none"> - PEA com alteração moderada do comportamento 	Escolar – ginásio e piscina	Sessão individual, pares ou grupo em ginásio	<ul style="list-style-type: none"> - Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC) (APPDA-Lisboa, 2016); 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias em meio aquático nos deslocamentos, na motricidade global (evoluções ao nível da

	Desenvolvimento e Autismo (APPDA) de Lisboa	<ul style="list-style-type: none"> - PEA com alteração ligeira do comportamento ▪ Idade: 11 aos 16 anos ▪ Estudos de Caso: 4 		<p>30' a 45' 1x/semana</p> <p>Sessão grupal em piscina 50' 1x/semana</p>	- Grelha de Observação para Psicomotricidade em Meio Aquático (GOPMA) (APPDA-Lisboa, 2016).	<p>amplitude e coordenação dos movimentos), no controlo e regulação tónica, na respiração, propulsão, postura, equilíbrio, programação e execução motora, bem como comportamentos mais adequados (mais cooperação, participação, interação social e cumprimento de regras);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melhorias no perfil psicomotor ao nível do equilíbrio (dinâmico e estático), noção do corpo (imitação e identificação de partes do corpo), praxia global (coordenação óculo-podal e óculo-manual), praxia fina (realização do nó e enfiamentos com contas) e postura mais adequada; • A nível comportamental no ginásio houve uma melhor interação e relação com o outro, mais comunicação, maior intencionalidade, uma participação mais ativa, melhor capacidade de iniciativa e de expressão das preferências e vontades.
Sequeira (2016)	Associação Crescer com Sentido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemática: - PEA ▪ Idade: 9 anos 	Escolar - sala	Sessão individual 50' 1x/semana	- Subteste da Nomeação, Subteste de Definição Verbal e Subteste da Compreensão	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorias em competências académicas, destacando-se a nomeação, a definição verbal, segmentação

		<ul style="list-style-type: none"> Estudos de Caso: 1 			de Estruturas Complexas (Sim-Sim, 2014); - Teste de Linguagem Técnica da Leitura/Escrita (Alves Martins et al., 2011); - Prova de Noções Espaciais (Sequeira, 2016); - Avaliação das Competências Matemáticas com Base nas Metas Curriculares do 1º Ano (ACCS, 2016); - Prova de Aritmética de Kaufman (Kaufman & Kaufman, 1983).	silábica, identificação de rimas, noções espaciais e nas competências matemáticas (maior/menor, noção de número).
--	--	--	--	--	---	---

ANEXO II – Planos de Sessão: Exemplos

i. Intervenção em Meio Aquático - Plano de sessão nº 2

Escola: EB1/JI Condes da Lousã e EB1/JI José Ruy (Grupo A)

Projeto: Psicomotricidade em Meio Aquático

Local: Piscinas da Reboleira

Data: 11/02/2016 (15h-15h40)

DINAMIZADORA: Ana Baião

1. OBJETIVOS SMART

A sessão visa avaliar o conhecimento dos alunos ao nível da noção do corpo (identificar partes do corpo; conhecer os limites do corpo) e melhorar o controlo da impulsividade, capacidade de atenção, autoconfiança, autonomia, coordenação motora, noções espaciais e cognitivas, interação com os pares e com os adultos, potenciar uma melhor tolerância ao contacto com a água, bem como uma respiração adequada.

2. DESCRIÇÃO

a) **Ritual de entrada** - Objetivos: Melhorar a tolerância ao contacto com a água, promover uma respiração adequada e melhorar a noção do corpo. Descrição: Os alunos dispõem-se em círculo de mãos dadas e seguem as instruções da técnica. Depois é perguntado a cada um dos alunos qual a parte do corpo que querem ver dentro ou fora de água, onde todos colocam a parte escolhida dentro ou fora de água consoante o que o aluno escolhe. Estratégias presentes: Recurso à realização de uma roda de mãos dadas – melhor coesão e controlo do grupo. Duração: 10 min.

b) **Corridas** – Objetivos: Melhorar o equilíbrio, a autonomia na deslocação na água, coordenação motora no meio aquático e promover a relação entre pares. Descrição: Os alunos encostam-se alinhados à parede da piscina e conforme indicação da técnica realizam uma corrida até à ponta oposta da piscina com a locomoção solicitada (saltar a pés juntos, apoio unipodal e correr). Estratégias presentes: Utilizar a competição para motivar a realização da tarefa e promover a interação com o outro. Duração: 10 min.

c) **Passa a outro** – Objetivos: Melhorar as noções espaciais, a interação com os pares e ser capaz de identificar as cores. Descrição: Os alunos dividem-se em duas equipas, colocando-se alinhadas em fila. De acordo com as instruções da técnica, os alunos

agarram num objeto com a cor pedida e passam-no para o colega da frente da forma indicada (frente, por cima, lado direito, lado esquerdo, por baixo). Duração: 5 min.

d) **Relaxamento** – Objetivos: Melhorar a capacidade de relaxar; melhorar o contacto com a água e o controlo da impulsividade. Descrição: Os alunos deitados de decúbito dorsal, acompanhados por um adulto, irão estar sujeitos à indução de movimentos suaves e relaxantes com o apoio do rolo. Duração: 5 min.

e) **Ritual de saída** - Objetivos: Melhorar a respiração no meio aquático, potenciar a capacidade de atenção e aprender a sair corretamente da piscina. Descrição: Os alunos dispõem-se em círculo de mão dada e à ordem da técnica devem cantar uma música, realizando a coreografia da mesma. Duração: 5 min.

3. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Materiais – Arcos, bolas com várias cores e rolos.

ii. Projeto da Dança & Movimento - Plano de sessão nº 6

Escola: Alunos das UEE da AGAN

Projeto: Dança & Movimento

Local: Ginásio 1

Data: 02/05/2016

DINAMIZADORA: Ana Baião

1. OBJETIVOS SMART

A sessão visa potenciar o conhecimento dos alunos ao nível da noção do corpo (identificar partes do corpo, conhecimento dos limites do corpo), estruturação espaço-temporal (passagem do abstrato para o concreto), domínio sócio-emocional (cumprimento de regras, partilha de espaço e autoconfiança) e competências cognitivas (imaginação). Pretende ainda melhorar a expressão corporal e o controlo de movimento.

2. DESCRIÇÃO

a) **Diálogo Inicial** - Objetivos: Expressão oral das suas ideias e sentimentos. Descrição: Chamada e registo das presenças dos alunos. A técnica questiona o que os alunos almoçaram e enuncia de forma breve as atividades que se vão realizar na sessão. Estratégias presentes: Deixar os alunos sentados de frente para a técnica, recurso à

utilização do dedo no ar para saberem esperar pela sua vez e nomeação por parte da técnica do aluno a falar. Duração: 10 min.

b) **Ativação Geral** - Objetivos: Desenvolver a lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal, motricidade global, coordenação, imitação e a criatividade. Descrição: Ao som de uma música, a técnica dá o aquecimento dos diversos segmentos corporais, tendo a seguinte sequência: andar, membros superiores, pescoço, cabeça, tronco, membros inferiores e alongamento do corpo para cima e para baixo. No final, a técnica pede a alguns alunos para desenvolverem novos movimentos que são imitados pelo grupo. Estratégias presentes: A técnica estar no centro de um semicírculo de frente para o grupo, de modo a que este a veja e imite; quando não existem voluntários para iniciar um novo movimento solicita os alunos que estão mais distraídos, aumentando a sua atenção na tarefa ou os mais competentes em termos de movimentos complexos para serem modelos para o grupo. Duração: 10 min.

c) **Circuitos** – Objetivos: Conseguir dispor os materiais de modo a formar a representação topográfica presente no cartão e identificar os materiais a dispor; melhorar a coordenação motora. Descrição: Os alunos escolhem um dos cartões e em conjunto têm que construir o circuito, realizando-o posteriormente com as instruções dadas pela técnica. Após finalizar o circuito, selecionam o próximo a realizar. Duração: 20 min.

d) **Coreografia** – Objetivos: Melhorar a motricidade global, coordenação, ritmo, imitação, memória, criatividade e imaginação. Descrição: Nesta atividade, os elementos deverão imitar e tentar memorizar os passos da música, que será dirigida pela técnica. Estratégias presentes: Pedido de revisão dos passos realizados na sessão passada por parte dos alunos; realização de vários ensaios – repetição e faseamento da tarefa. Duração: 15 min.

Música da Coreografia: “Lento”, <https://www.youtube.com/watch?v=Lt49CqQ4xOE>

e) **Relaxação** - Objetivos: Potenciar a descontração muscular, estimular a imaginação, controlo da respiração e conhecimento dos limites do corpo. Descrição: Os alunos devem caminhar calmamente pelo ginásio, realizando os movimentos solicitados pela técnica, imitando os sons da chuva a cair (esfregar as mãos, estalar os dedos, bater palmas das mãos nas coxas e fazer sons da chuva “fininha”, “gotas suaves” e “gotas fortes”). Duração: 15 min.

f) **Diálogo Final** - Objetivos: Expressão oral das suas ideias e sentimentos. Descrição: Conversa final acerca de como correu a sessão. Estratégias presentes: Posicionamento em roda (facilita a partilha e participação de todos) e realização do grito em grupo, como forma de finalizar e promover a coesão do grupo. Duração: 5 min.

3. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Materiais – Aparelhagem, cartões e materiais presentes nos cartões.

iii. Psicomotricidade em Ginásio Individual - Plano de sessão nº 4

Escola: EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves

Projeto: Psicomotricidade em Ginásio Individual

Aluno: B.C.

Local: Sala terapêutica

Data: 03/02/2016

DINAMIZADORA: Ana Baião

1. OBJETIVOS SMART

A sessão visa potenciar o conhecimento ao nível da noção do corpo (identificar partes do corpo, nomeação e conhecimento dos limites do corpo), lateralidade (direita e esquerda em si e no outro), estruturação espaço-temporal (noções rítmicas e organização espacial), domínio sócio-emocional (cumprimento de regras, capacidade de iniciativa e de escolha), competências cognitivas (noções académicas, categorização, sequencialização) e praxia global (e.g. saltar a pés juntos e em apoio unipodal, marcha controlada e correr).

2. DESCRIÇÃO

a) **Diálogo Inicial** - Objetivos: Expressão oral das suas ideias e sentimentos. Descrição: Conversa informal sobre o que foi feito na sessão anterior, como se sente e o que sugere fazer na presente sessão. Estratégias presentes: Respeitar os tempos de resposta do aluno e dar-lhe oportunidade de escolha. Duração: 5 min.

b) **Ativação Geral** - Objetivos: Desenvolver a lateralidade, noção corporal e estruturação espaço-temporal. Descrição: Passar o balão à técnica, para que este não cai no chão e procurando tocar com as partes do corpo e com os lados indicados pela técnica (e.g. mão direita) no balão. Numa fase seguinte, além disso, terá que nomear o maior número de partes do corpo que a técnica também terá que tocar conforme lhe passa o balão, evitando sempre que este cai ao chão. Estratégias presentes: Valorizar a participação, iniciativa e interesses do aluno para que as partes do corpo e a lateralidade sejam desenvolvidas com mais facilidade; atribuir um papel ativo ao aluno. Duração: 5 min.

c) **Organiza-m3!** – Objetivos: Desenvolver a capacidade de iniciativa, de escolha, competências cognitivas, motricidade global nos vários tipos de locomoção e noções de ritmos/velocidades. Descrição: Transportar o mais depressa possível as peças magnéticas do quadro, separando-as por dois arcos consoante são números ou letras, sendo o transporte realizado com diferentes tipos de locomoção (e.g. corrida; marcha controlada; saltar a pés juntos; saltar em apoio unipodal), consoante instrução da técnica. Após todas as peças estarem separadas, o aluno escolhe se quer trabalhar com as letras ou com os números, tendo que transportar os elementos da categoria que escolheu, um a um, para o lado do quadro magnético escolhido (e.g. lado direito), devagar, de acordo com as instruções de locomoção que a técnica der. Ao estarem dispostas as peças, serão trabalhadas sequências, ordenações, construções lógicas e categorizações (e.g. organizar por cores, ordenar os números ou as letras). Estratégias presentes: As escolhas serem feitas pelo aluno, dando primazia aos seus interesses; Existência de espaços bem definidos para o desenrolar da tarefa, conferindo-lhe uma maior estrutura e previsibilidade. Duração: 20 min.

d) **Retorno à Calma** - Objetivos: Potenciar a descontração muscular, controlo da respiração, maior consciencialização corporal e melhor capacidade de concentração. Descrição: O aluno deve deitar-se no colchão como se sentir mais confortável, permanecendo o máximo de tempo possível sem se mexer com os olhos fechados, conforme a técnica realiza sequencialmente a contagem em voz alta do tempo. Estratégias presentes: Informar do que é pretendido com a tarefa; a contagem ser comunicada ao aluno enquanto este realiza a tarefa, faz com que tome uma maior consciencialização do tempo a passar, aumentando a sua capacidade de autorregulação. Duração: 10 min.

e) **Diálogo Final** - Objetivos: Expressão oral das suas ideias e sentimentos. Descrição: Realização do balanço da sessão, como correu, o que mais se gostou, onde estiveram presentes mais dificuldades e o que gostaria de melhorar. Estratégias presentes: Sentar no colchão, frente a frente, para que haja uma maior sensação de privacidade, conforto e maior facilidade em se partilhar ideias e sentimentos. Duração: 5 min.

3. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Materiais – Balão, letras magnéticas, arcos e colchão.

ANEXO III – Adaptação da *Checklist* do PEP-3 aplicado ao A.P.

Foram aplicados alguns itens do PEP-3 ao A.P., no sentido de verificar mais parâmetros que não fossem avaliados pela GAP-1. Por questões logísticas, não foi possível aplicar o PEP-3 na íntegra, nem com os seus materiais de origem, o que pode ter condicionado alguns dos resultados. Os resultados obtidos nesta *checklist* não foram contemplados para a construção dos objetivos de intervenção do aluno.

Tabela 31 – Adaptação da *Checklist* do PEP-3 aplicada ao A.P.

	A	EA	NA	Observações
Fazer bolhas de sabão (soprar)	X			
Seguir direção das bolhas com os olhos (contacto ocular)	X			
Observar o movimento das bolhas ou de outros objetos que se interponham	X			
Relata um conto com acompanhamento digital		X		Faz acompanhamento digital, mas o relato do conto é com vocalizações de “bla, bla”
Para mudar de etiqueta utiliza a unha ou raspa	X			
Cantarola e/ou acompanha música com o corpo	X			
Enrola a história num largo conto			X	
Representa uma história com 2 peluches			X	
Utiliza a imaginação no jogo com os peluches		X		
Agarra o peluche e move-lhe a cabeça e as mãos	X			
Identifica 5 objetos do quotidiano (meia, copo, escova de dentes, tesoura, pente e lápis)		X		A meia e o pente não foram identificados como tais, dando-lhe outra funcionalidade
Utiliza corretamente 4 objetos (chávena, colher, lápis e tesoura)	X			
Associação correta de 5 objetos às suas figuras			X	Não realizou a associação
Encontra objetos que estão escondidos		X		Se forem do seu interesse procura e encontra
Bate palmas	X			
Liga/desliga lanterna		X		Liga, mas não desliga
Beber pela chávena sem entornar			X	Realiza o movimento de levar a chávena à boca, mas ao ver a água entorna e não finaliza (nota: foi relatado à mãe este comportamento e esta confirmou que a criança não gosta muito de beber água e costuma recusar bebe-la)
Interrompe a atividade ao ouvir apito e tenta seguir a origem do som		X		Segue pontualmente o som, mas depressa se interessa por outra tarefa

Escreve			X	Copia frases, mas não as realiza por "autoria"
Desenha 3 formas	X			
Pinta dentro das linhas			X	
Copia 7 letras corretamente	X			
Escreve o nome próprio	X			
Manifesta interesse num livro com gravuras	X			
Teatraliza com 5 fantoches			X	
Aponta 14-20 imagens quando lhe é pedido	X			Em 20 acertou nas 15 imagens que lhe foram pedidas
Elabora uma frase apropriada com 4-5 palavras			X	
Identifica/Nomeia 9 letras	X			Em inglês
Lê os números de 1 a 10	X			
Lê (3 palavras, pequena frase, passagens e responde a 2 perguntas)			X	Não lê
Lê e segue instruções			X	Só segue instruções simples com uma ação ("e.g. Dá uma bola")
Associa objetos por forma			X	Só os agrupa se for dito para separar o quadrado, do círculo, do retângulo e do triângulo
Repete 2/3 dígitos	X			
Repete 2 palavras	X			
Repete 2 frases compostas por 3-4 palavras	X			As frases foram: "Como te chamas?" e "Eu fui à praia"
Elabora frases			X	
Utiliza gestos/palavras apropriados para pedir ajuda	X			
Utiliza palavras com sentido para comunicar com o outro		X		
Mantém comunicação mesmo se interrompida			X	
Utiliza o dicionário de forma apropriada			X	
Manifesta medo na realização do teste			X	
Demonstra sentimentos pela postura corporal	X			
Emprega o certo/errado na sua autocorreção			X	
Responde consistentemente a gestos		X		Responde pontualmente a gestos como "Dar mais 5", "Anda" e "Pará"
Sabe o nome quando lhe perguntam			X	Escreve e identifica o nome, quando questionado, não vocalizou

Compreende 3 ações verbais			X	
Responde a perguntas			X	
Obedece a 3 comandos que compõem uma ação			X	Segue apenas um comando
Completa frases esperadas para a idade			X	

ANEXO IV – Análise da SDQ do A.P. por Escalas

Tabela 32 – Análise da SDQ do A.P. por Escalas

	TÉCNICO	MÃE	EDUCADORA
Escala dos Sintomas Emocionais			
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça	Não	Não	Não
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	Não	Não	Não
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	Não	Não	Não
Em situações novas é receoso/a, muito agarrado/a	Muito	Muito	Um pouco
Tem muitos medos, assusta-se com facilidade	Não	Um pouco	Não
Escala dos Problemas de Comportamento			
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	Um pouco	Muito	Não
Obedece com facilidade	Um pouco	Um pouco	Muito
Luta frequentemente com as outras crianças	Não	Não	Não
Mente frequentemente ou engana	Não	Não	Não
Rouba em casa, na escola ou em outros sítios	Não	Não	Não
Escala da Hiperatividade			
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	Não	Muito	Não
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	Não	Muito	Um pouco
Distrai-se com facilidade	Muito	Muito	Muito
Pensa nas coisas antes de as fazer	Não	Não	Não
Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção	Um pouco	Um pouco	Um pouco
Escala de Problemas de Relacionamento com os Colegas			
Tem tendência a isolar-se	Muito	Um pouco	Muito
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	Um pouco	Não	Não
Em geral as outras crianças gostam dele/a	Muito	Muito	Muito
As outras crianças metem-se com ele/a	Não	Não	Não
Dá-se melhor com adultos do que com outras crianças	Muito	Muito	Muito
Escala do Comportamento Pró-Social			
É sensível aos sentimentos dos outros	Não	Não	Um pouco
Partilha facilmente com as outras crianças	Não	Não	Um pouco
Gosta de ajudar se alguém está magoado	Não	Não	Não
É simpático/a e amável com crianças pequenas	Um pouco	Não	Um pouco
Sempre pronto/a a ajudar os outros	Não	Não	Não

*Não = Não é verdade; Um pouco = É um pouco verdade; Muito = É muito verdade

ANEXO V – Caracterização do Grupo de Dança & Movimento

Organizando os alunos de acordo com a sua escola de origem, tem-se em seguida uma breve descrição de cada caso.

EB1/JI José Ruy

O A.P. nasceu a 29/12/2009, tem 6 anos, é do género masculino, pertence ao JI e tem como diagnóstico PEA. O A.P. é maioritariamente hipotónico, estando presente alguma flacidez muscular, revelando mais dificuldades ao nível do equilíbrio e na praxia global, o que se reflete na sua expressão corporal. Como área forte tem as competências cognitivas e as noções espaciais. Para mais informações deste aluno consultar página 56.

A B.V. nasceu a 02/03/2005, tem 10 anos, é do género feminino, está no 4º ano e tem como diagnóstico PEA com atraso global do desenvolvimento grave. Enquanto perfil é hipertónica, o que se reflete no excessivo controlo do movimento e em dificuldades na expressão corporal. Como área forte é uma aluna calma e muito cumpridora das regras sociais.

O D.A. nasceu a 21/09/2006, tem 9 anos, é do género masculino, pertence ao 4º ano e tem PEA com ausência de linguagem. É um aluno maioritariamente hipertónico, tendo dificuldade em relaxar, alguma agitação motora, dificuldade em concentrar-se e em estabelecer relações emocionais. Como áreas fortes destaca-se a praxia fina e o equilíbrio.

O D.R. nasceu a 17/04/2007, tem 8 anos, é do género masculino, encontra-se no 2º ano de escolaridade e tem como diagnóstico PEA com problemas graves de comunicação e interação, uma vez que a sua comunicação verbal é muito reduzida. Como perfil é muito hipertónico, apresenta muitas estereotipias motoras, agitação motora e revela bastantes dificuldades nos fatores psicomotores. Como se distrai com muita facilidade, acaba por se envolver pouco nas tarefas. A área em que apresenta um melhor desempenho é a praxia fina.

O G.B. nasceu a 14/01/2005, tem 11 anos, é do género masculino, está no 4º ano e tem PEA. É hipertónico e muito agitado, tem dificuldade em relaxar e um excessivo controlo do movimento. Como áreas fortes tem o equilíbrio e as competências cognitivas.

O G.M. nasceu a 05/11/2004, tem 11 anos, pertence ao género masculino, está no 4º ano e tem PEA com Défice Cognitivo associado a um atraso moderado no desenvolvimento psicomotor e ao nível da linguagem, dada a sua pouca verbalização. Apresenta sobretudo flacidez muscular (hipotónico), o que limita uma adequação do controlo motor e da

expressão corporal. Além disso, tem dificuldades na lateralização e ao nível das competências cognitivas/noções espaciais. Como áreas fortes tem a praxia fina, o equilíbrio e a praxia global.

O R.N. nasceu a 26/05/2006, tem 10 anos, é do género masculino, está no 3º ano e tem Atraso Global do Desenvolvimento com limitações na linguagem e pouca verbalização. É um aluno hipertónico, com dificuldades ao nível do controlo do movimento, na relaxação, e da atenção, ficando frequentemente sonolento. Uma das suas áreas de interesse é a exploração de texturas. A área em que tem mais sucesso é as competências cognitivas/noções espaciais.

EB1/JI Condes da Lousã

O A.M. nasceu a 06/04/2008, tem 7 anos, é do género masculino, está no 2º ano e tem PEA com Atraso Global do Desenvolvimento muito marcado ao nível da linguagem com ausência de comunicação verbal ou gestual. Em termos de tónus é hipertónico, tendo dificuldade em relaxar, no controlo motor e na expressão corporal. Revela também muitas dificuldades na interação com o outro, tendo muitos comportamentos de oposição e desafio. Em termos de interesses é um aluno que tem um fascínio por bolas, sendo a área em que apresenta mais competências a praxia global.

A D.B. nasceu a 22/10/2008, tem 7 anos, é do género feminino, está no 2º ano e tem PEA com ausência completa de linguagem e dificuldades graves na comunicação não-verbal e na interação com os outros. É uma aluna com baixa rigidez muscular (hipotónica), sendo necessário na maior parte das vezes o adulto realizar os movimentos por ela através de manipulação, revelando dificuldades nos fatores psicomotores. A área em que apresenta mais aquisições é na praxia fina.

O J.L. nasceu a 20/06/2007, tem 8 anos, é do género masculino, está no 2º ano e tem Síndrome de Prader Wili, PEA e PHDA. É um aluno hipertónico com dificuldades na relaxação, controlo do movimento e expressão corporal. Como área menos forte tem a praxia global e como áreas fortes a lateralização e as competências cognitivas/noções espaciais.

A L.F. nasceu a 19/06/2006, tem 9 anos, é do género feminino, está no 3º ano de escolaridade e tem PEA. É uma aluna ligeiramente hipertónica, com uma boa capacidade de atenção, comunicação verbal e cumprimento de regras. Como área menos forte tem a lateralização, sendo a sua área forte as competências cognitivas/noções espaciais. Como

faltou nas sessões de avaliação inicial, por se sentir maldisposta com frequência e vomitar, realizou-se somente a avaliação final.

O N.N. nasceu a 16/08/2007, tem 8 anos, é do género masculino, está no 3º ano e tem PEA. É um aluno ligeiramente hipertónico, sendo muito funcional e muito competente, revelando dificuldades em relaxar e no controlo do movimento. Como áreas fortes tem a noção do corpo, as competências cognitivas/noções espaciais e o equilíbrio, sendo a sua área menos forte a tonicidade.

EB2,3/Secundária Dr. Azevedo Neves

O B.C. nasceu a 02/04/2003, tem 12 anos, é do género masculino, está no 5º ano e tem PEA. É um aluno ligeiramente hipertónico, o que se reflete nas suas dificuldades em relaxar, no controlo do movimento e na expressão corporal, sendo muito funcional. Como áreas fortes tem a noção do corpo e as competências cognitivas/noções espaciais, sendo a sua área menos forte a lateralização. Para mais informações deste aluno consultar página 75.

O C.D. nasceu a 16/01/2000, tem 16 anos, é do género masculino, está no 8º ano e tem PEA e Estigmatismo. É um aluno ligeiramente hipertónico, o que limita a sua relaxação, controlo do movimento e expressão corporal. É um aluno muito funcional, participa algumas vezes e com uma comunicação verbal adequada. Como áreas fortes tem as competências cognitivas/noções espaciais e a praxia global, sendo a área menos forte as competências sociais.

O H.G. nasceu a 31/01/2002, tem 14 anos, é do género masculino, está no 7º ano e tem Síndrome de X-frágil e Défice Cognitivo grave. É um aluno maioritariamente hipertónico, o que se reflete na capacidade de relaxar, no controlo do movimento e na expressão corporal. Tem dificuldade em permanecer concentrado, o que condiciona o seu desempenho. Como área forte tem a praxia global e a noção do corpo, sendo a sua área menos forte a lateralização.

O I.D. nasceu a 06/08/2000, tem 15 anos, é do género masculino, está no 8º ano e tem Défice Cognitivo moderado, Síndrome de Alps, Sinequia e Síndrome Linfoproliferativa Auto-imune. É um aluno ligeiramente hipertónico, o que limita o seu desempenho nalgumas tarefas. Como área forte apresenta a noção do corpo, a praxia global e as competências cognitivas/noções espaciais, sendo a sua área menos forte a estruturação espaço-temporal/imitação.

O J.A. nasceu a 05/08/1998, tem 18 anos, é do género masculino, está no 10º ano e tem PEA e Défice Cognitivo ligeiro. É um aluno com uma ligeira rigidez muscular (hipertónico), tendo dificuldade em relaxar, controlar o movimento e expressar-se a nível corporal. É um aluno muito funcional, tendo um bom desempenho nas tarefas que executa. Como área menos forte tem as competências sociais, por ter dificuldade em perceber a ironia ou metáforas.

O L.S. nasceu a 28/05/2004, tem 11 anos, é do género masculino, está no 5º ano e tem PEA e Défice Cognitivo grave. É um aluno ligeiramente hipertónico, o que interfere com a execução de algumas tarefas. Como áreas fortes tem a praxia global e as competências cognitivas/noções espaciais, sendo as suas áreas menos fortes a lateralização e as competências sociais, visto que quando não se tratavam dos seus interesses desmotiva e frustra-se muito depressa.

A M.C. nasceu a 28/01/2003, tem 13 anos, é do género feminino, está no 7º ano e tem um Atraso Global do Desenvolvimento sem outra especificação. É uma aluna hipertónica, com agitação motora, procura de forma excessiva relação com o outro, tem pouca comunicação verbal e dificuldades na capacidade de atenção. Como área forte tem as competências cognitivas/noções espaciais, sendo a sua área menos forte a estruturação espaço-temporal/imitação e a tonicidade.

O M.R. nasceu a 22/02/2003, tem 13 anos, é do género masculino, está no 6º ano e tem PEA e Défice Cognitivo grave. É um aluno com muita rigidez muscular (hipertónico) e agitação motora, tendo muitas dificuldades tanto ao nível psicomotor, como nos domínios da LOFOPT, acompanhadas de comportamentos de oposição, agressão e de não cumprimento de regras. Como interesses tem a música, sendo uma forma de se acalmar.

A R.M. nasceu a 13/04/1999, tem 16 anos, é do género feminino, está no 10º ano e tem Défice Cognitivo grave. É uma aluna hipertónica e pouco ativa, tendo um excessivo controlo motor e distraíndo-se com facilidade. Como áreas fortes tem as competências cognitivas/noções espaciais e a praxia fina, sendo as áreas em que apresenta mais dificuldades o equilíbrio e a lateralização.

O T.S. nasceu a 05/05/2000, tem 15 anos, é do género masculino, está no 8º ano e tem PEA e Défice de Cognitivo moderado. É um aluno com rigidez muscular (hipertónico) e distrai-se com muita facilidade. Como áreas fortes tem as competências cognitivas/noções espaciais e a praxia fina, sendo as suas áreas menos fortes a lateralização e o equilíbrio. Como faltou nas sessões de avaliação inicial, devido ao seu PIT na AFID, só se executou a avaliação final.

ANEXO VI – Cartões do Jogo da Glória adaptado

Nas **formas de expressão** (figura 2), estão presentes o desenho, as ações motoras, a mímica e a linguagem verbal.



Figura 2 – Formas de expressão do Jogo da Glória adaptado

Nas **categorias** (figura 3), os alunos podiam escolher livremente, sendo que no caso da forma de expressão motora só podiam escolher dentro das tarefas relativas a esse cartão:



CORES

- Azul
- Amarelo
- Vermelho
- Verde

FORMAS GEOMÉTRICAS

- Triângulo
- Círculo
- Quadrado
- Retângulo

ANIMAIS

- Terrestres
- Aéreos
- Marinhos
- Domésticos

PROFISSÕES

- Professor
- Cantor
- Atleta
- Pintor



PASSAR E RECEBER A BOLA – 5x

POR CIMA/BAIXO COM UMA/DUAS MÃO(S)



SALTAR A PÉS JUNTOS – 5x

Frente, Trás e Lado



APOIO UNIPODAL – 10 seg.



ANDAR NO BANCO SUECO

Frente, Trás e Lado

Figura 3 – Categorias do Jogo da Glória adaptado

ANEXO VII – Tarefas na Piscina



Figura 4 – Tarefas na Piscina



Figura 5 – Exemplos de cartões para colocar nas Tarefas da Piscina

ANEXO VIII – PowerPoint do Seminário



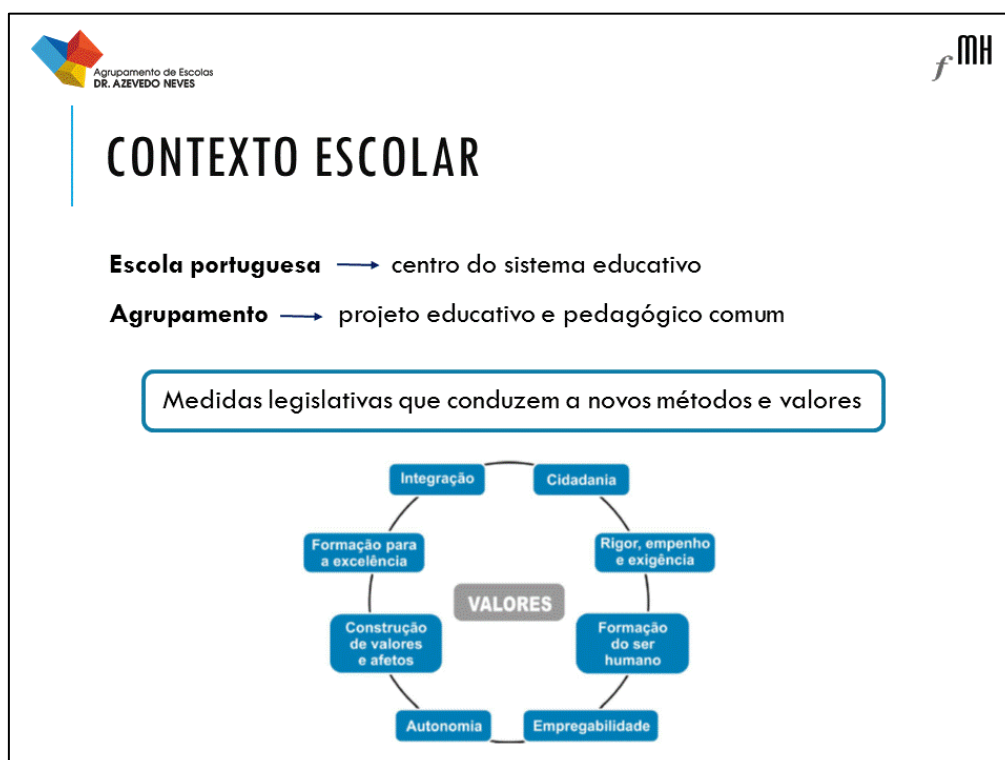
Seminário Formativo
Orientador local: Mestre Daniel Rodrigues
Orientadora Académica: Prof. Dra. Paula Lebre

**Agrupamento de Escolas
DR. AZEVEDO NEVES**

Ana Baião
ana.lucia.lourenco.baiao@gmail.com

22 & 23 de Abril de 2016

Mestrado de Reabilitação Psicomotora
Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais



CONTEXTO ESCOLAR

Escola portuguesa → centro do sistema educativo

Agrupamento → projeto educativo e pedagógico comum

Medidas legislativas que conduzem a novos métodos e valores

VALORES

- Integração
- Cidadania
- Formação para a excelência
- Rigor, empenho e exigência
- Construção de valores e afetos
- Formação do ser humano
- Autonomia
- Empregabilidade

LOCAL DE ESTÁGIO

Escolas



EB2,3/Secundária
Dr. Azevedo Neves
(Sede)



JI/EB1 José Ruy



JI/EB1 Condes da
Lousã

Total	NEE	UEE
1016	57	18

Com PM	
1	8

Total	NEE	UEE
330	24	7

Com PM	
2	4

Total	NEE	UEE
192	16	7

Com PM	
1	6

UNIDADE DE ENSINO ESTRUTURADO (UEE)

Caraterísticas das UEE:

- Recurso pedagógico especializado do **contexto escolar** que dá uma **resposta** educativa específica para **alunos com PEA**;
- Apresenta uma estrutura física com **fronteiras e áreas bem definidas**;
- Utiliza o **Modelo TEACCH** de forma a responder às necessidades educativas das crianças com PEA no ensino regular.

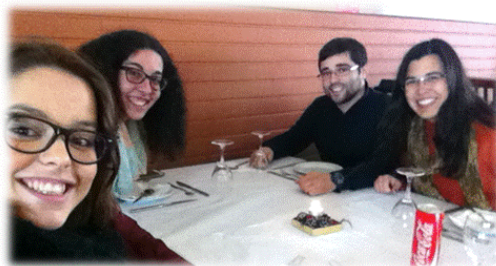


(Pereira, 2008; Ministério da Educação, 2008)

EQUIPA & COMUNIDADE

Multidisciplinar

- Professores de Ensino Especial (6 – 2 por UEE)
- Assistentes Ocupacionais (6 - 2 cada UEE)
- Psicomotricistas (1+1M+2L)
- Terapeuta Ocupacional (1)
- Terapeuta da Fala (2)
- Psicóloga (1)



EQUIPA & COMUNIDADE

Projetos

- PIT (Planos Individuais de Transição)
- **Desporto Escolar** – Boccia (1x/semana; torneios; convívios)
- AVD's: Visitas/atividades na comunidade (e.g. feiras, farmácias, cinema, mercearia)



POPULAÇÃO ALVO

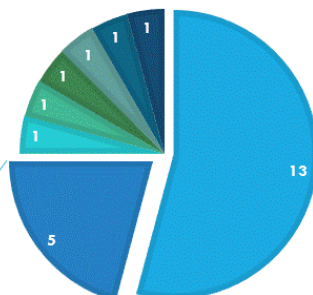
24 ALUNOS

Sinalizados com NEE e/ou
pertencentes à UEE

DIAGNÓSTICOS

COMORBILIDADES C/ PEA

- Síndrome de Prader
Willi+PHDA
- Déficit Cognitivo
- PHDA
- Epilepsia



- Perturbação do Espectro do Autismo (PEA)
- PEA c/comorbilidades
- DID com Perturbação da Linguagem, voz e fala
- Lesão Neurológica
- Déficit Cognitivo+Síndrome de X-Frágil
- Déficit Cognitivo+Síndrome de Alps
- Perturbação Global do desenvolvimento sem outra especificação
- Déficit cognitivo

POPULAÇÃO ALVO

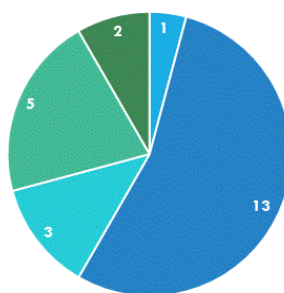
Idades: 6 aos 17 anos
(média 11 anos)

Estudo de Caso



- 6 anos
- Tem PEA
- J.I. da José Ruy

Ano de Escolaridade



- Pré-Escolar
- 1º Ciclo (1º ao 4º)
- 2º Ciclo (5º ao 6º)
- 3º Ciclo (7º ao 9º)
- Secundário

TIPOLOGIA DE INTERVENÇÃO

TIPO DE INTERVENÇÃO

- **PSICOMOTRICIDADE INDIVIDUAL:** 19 casos em contexto de ginásio (45min, 1x/semana)

Ativação Geral
Atividade(s) Central(ais)
Relaxamento

- **PSICOMOTRICIDADE EM MEIO AQUÁTICO:** 2 grupos (45min, 1x/semana) – total 19 alunos

Ritual de Entrada
Atividade(s) Central(ais)
Ritual de Saída

- **DANÇA & MOVIMENTO:** 1 grupo em contexto ginásio (60min, 1x/semana) – 23 alunos

Diálogo Inicial
Ativação Geral
Jogo
Coreografia
Relaxamento
Diálogo Final+Ritual de grupo

INSTRUMENTOS

Psicomotricidade Individual (Ginásio)

GAP-1 &
GAP-2

SDQ

PEP-3

Psicomotricidade Grupal (Meio Aquático)

GOCMA

Psicomotricidade Grupal (Dança & Movimento)

LOFOPT

INSTRUMENTOS

Grelha de Avaliação Psicomotora (GAP-1 & GAP-2) (Rodrigues & Maria, 2014)

- Checklist – 145 itens (GAP-1); 159 itens (GAP-2)
- Domínios: 9
- Todos os casos individuais – 19 + 3 alunos

Cotação: Adquirido (A), Em Aquisição (EA), Não Adquirido (NA), Não Verbaliza (NV) e Não Observado (NO)

1. TONICIDADE				
Avaliação Inicial		Avaliação Final		
hipotónico	eutónico	hipertónico	OBSERV.	OBSERV.
1. Tonicidade	A	EA	NA	OBSERV.
1.1. Movimentos voluntários de flexão extensão				
1.2. Passividade				
1.3. Sincinesias bucais e peribucais				

2. EQUILIBRAÇÃO				
Avaliação Inicial		Avaliação Final		
2.1. Equilíbrio Estático	A	EA	NA	OBSERVAÇÕES
Mantém-se em apoio retilíneo com os olhos abertos				
Mantém-se na ponta dos pés com os olhos abertos				
Mantém-se em apoio unipedal com olhos abertos				
Mantém-se em apoio retilíneo com os olhos fechados				

3. LATERALIZAÇÃO				
Avaliação Inicial		Avaliação Final		
Dominância lateral	D	E	ND	OBSERVAÇÕES
3.1. Lateralização ocular				
3.2. Lateralização auditiva				
3.3. Lateralização manual				
3.4. Lateralização pedal				
Organização direita-esquerda	A	EA	NA	OBSERVAÇÕES
3.5. Reconhece a direita e esquerda em si				
3.6. Reconhece a direita e esquerda entre objetos				
3.7. Reconhece a direita e esquerda nos outros				

4. NOÇÃO DO CORPO				
Avaliação Inicial		Avaliação Final		
	A	EA	NA	OBSERVAÇÕES
4.1. Aponta partes do seu corpo				
4.2. Nomeia partes do seu corpo				
4.3. Refere partes do seu corpo				
4.4. Identifica partes do				

INSTRUMENTOS

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

(Fleitlich et al., 2014 versão portuguesa de Goodman et al., 2010)

- Questionário – 25 itens
- Domínios: 5
- Todos os casos individuais (técnico) – 19 alunos
- Estudo de Caso (professores + pais)

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-For)

Instruções: Encontra a seguir 25 frases. Para cada uma delas marque, com uma cruz, um dos seguintes quadrados: Não é verdade; É um pouco verdade; É muito verdade. Ajuda-nos muito se responder a todas as afirmações o melhor que puder, mesmo que não tenha a certeza absoluta ou que a afirmação lhe pareça estranha. Por favor, responda com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou neste ano escolar.

Nome da criança: _____ Masculino Feminino

Data de nascimento: _____

Cotação: Não é verdade É um pouco verdade É muito verdade

É sensível aos sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
É irrequieto/a, muito mexido/a, nunca para quieto/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queixa-se frequentemente de dores de cabeça, dores de barriga ou vômitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partilha facilmente com as outras crianças (guloseimas, brinquedos, lápis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem tendência a isolar-se, gosta mais de brincar sozinho/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obedece com facilidade, faz habitualmente o que os adultos lhe mandam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem muitas preocupações, parece sempre preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sossega. Está sempre a mexer as pernas ou as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem pelo menos um bom amigo/uma boa amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luta frequentemente com as outras crianças, ameaça-as ou intimida-as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anda muitas vezes triste, desanimado/a ou choroso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTRUMENTOS

Perfil Psicoeducacional (PEP-3) (Adaptação da APPDA, 2010 versão traduzida de Schopler *et al.*, 2005)

- Checklist – 172 itens
- Cotação: 0 (↓) a 2 (↑)
- Estudo de Caso

PEP-3

Perfil Psicoeducacional – Terceira Edição
Guia de Orientação e Avaliação do Examinador

SECÇÃO 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____ Fem. ☐ Masc. ☐
Data Teste _____ Nome Pais: _____
Data Nascimento _____ Nome Médico: _____
Idade _____ Categoria: _____

SECÇÃO 2. REGISTO

10 domínios

Testes de Desenvolvimento

1. Desenv. Verbal/ Pré-verbal (CVP)
2. Linguagem Expressiva (EL)
3. Linguagem Receptiva (RL)
4. Motricidade Fina (FM)
5. Motricidade Grosseira (MG)
6. Imitação Visual-Motora (VM)
7. Expressão Afetiva (AE)
8. Socialização (SR)
9. Comportamento motor (CM)
10. Comportamento Verbal (CV)

Av. Obtida	Idade Real	Permilagem	Desenvolvimento/Nível Adaptativo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

INSTRUMENTOS

Grelha de observação de competências em meio aquático (Versão Adaptada da APPDA, 2013)

- Grelha – 42 itens (seção A) e 41 itens (seção B)
- Domínios: 17
- Todos os casos de meio aquático – 19 alunos

Cotação: Adquirido (A), Em Aquisição (EA), Não Adquirido (N) e Não Observado (NO)

A. ADAPTAÇÃO AO MEIO AQUÁTICO		Avaliação		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS		1ª	2ª	3ª
1. ENTRADA NA ÁGUA				
-	Entra na água transportado pelo técnico			
-	Entra na água pela borda/escadas com auxílio			
-	Entra na água pela borda/escadas, sozinho			
2. SAÍDA DA ÁGUA				
-	Sai da água transportado pelo técnico			
-	Sai da água pela borda/escadas, com auxílio			
-	Sai da água pela borda/escadas, sozinho			
3. CONTACTO COM A ÁGUA				
-	Agarra-se ao técnico manifestando receio e/ou insatisfação			
-	Manifesta satisfação mas mantém-se próximo do técnico			
-	Manifesta satisfação e apresenta atitude de exploração			
4. REACÇÃO AO CONTACTO DA ÁGUA NA CARA				
-	Rejeita mostrando-se incomodado (vira a cara, chora, assusta-se, faz caretas)			
-	Aceita, mas mostra algum desconforto			
-	Aceita bem ou sem apresentar alteração do comportamento			
5. FLUTUAÇÃO				
Decúbito ventral	- Mostra receio em deitar-se em decúbito ventral			
	- Flutua em posição de decúbito ventral com apoio e/ou recurso a flutuadores			
	- Flutua em posição de decúbito ventral em autonomia			

B. PERFIL PSICOMOTOR		Avaliação		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS		1ª	2ª	3ª
1. TONICIDADE				
-	Comportamento hipotónico na água			
-	Comportamento eutónico na água			
-	Comportamento hipertónico na água			
2. EQUILIBRAÇÃO				
Equilíbrio vertical	- Anda na água			
	- Mantém o equilíbrio vertical com apoio no solo			
Equilíbrio ventral	- Mantém-se em decúbito ventral em equilíbrio, sobre colchão			
	- Eleva a cabeça na posição de decúbito ventral sobre o colchão			
	- Mantém o equilíbrio em decúbito ventral sem apoio ou flutuadores			
Equilíbrio dorsal	- Mantém-se em decúbito dorsal sobre o colchão			
	- Deita a cabeça na posição de decúbito dorsal sobre a prancha			
	- Mantém o equilíbrio em decúbito dorsal sem apoio ou flutuadores			
3. NOÇÃO DO CORPO				
-	Identifica 5 a 10 partes do corpo essenciais para as atividades aquáticas (ex: olhos, boca, nariz, pernas, braços, mãos, pés, cabeça)			

INSTRUMENTOS

Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT) (Coppenolle *et al.*, 1989)

- Projeto: Dança e Movimento - 23 alunos
- Domínios: 9

Relações Emocionais

Com relações emocionais pretende-se caracterizar o alcance até ao qual o paciente, dependendo da situação, pode concretizar contactos que são emocionais, isto é, com um certo grau de ligação emocional experienciada aos colegas pacientes e ao terapeuta psicomotor (Coppenolle, Simons *et al.* 1989).

Cotação:

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Sobrerelaciona-se fortemente	Sobrerelaciona-se	Sobrerelaciona-se ligeiramente	Relação apropriada	Subrelaciona-se ligeiramente	Subrelaciona-se	Subrelaciona-se fortemente

Autoconfiança

Por autoconfiança entende-se o grau de independência dos outros com o qual o doente se movimenta, sem se subestimar e de uma forma não ansiosa (Coppenolle, Simons *et al.* 1989).

+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Grande excesso de auto confiança	Excesso de auto confiança	Ligeiro excesso de auto confiança	É auto confiante	Ligeiramente não auto confiante	Não é auto confiante	Excessivamente não auto confiante

Tipo de Actividade

Por actividade subentende-se até que ponto o doente participa activamente nas actividades (Coppenolle, Simons *et al.* 1989).

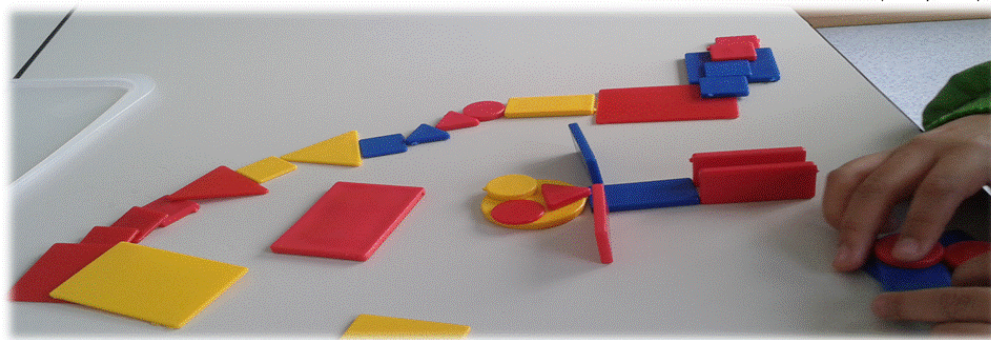
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Excessivamente hiperactivo	Hiperactivo	Ligeiramente hiperactivo	Activo	Ligeiramente passivo	Passivo	Excessivamente passivo

METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

❖ Estratégias:

- autocorreção do comportamento;
- tomada de iniciativa/decisão;
- criação de rotinas;
- melhorar as dificuldades pelos interesses e repetição.

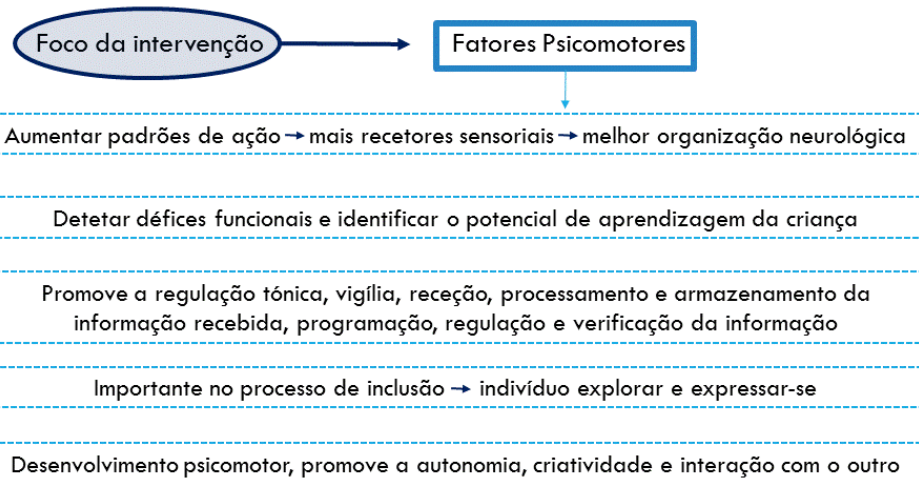
(Maria, 2016)



VÍDEO

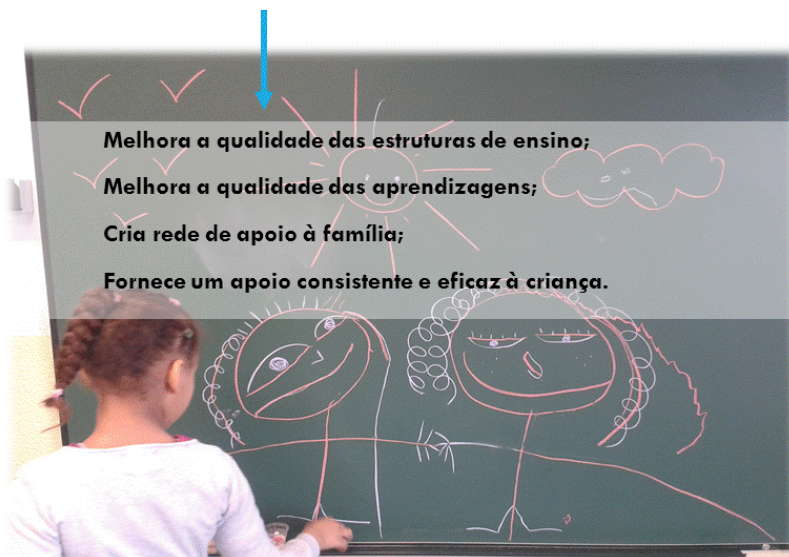
INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO CONTEXTO ESCOLAR

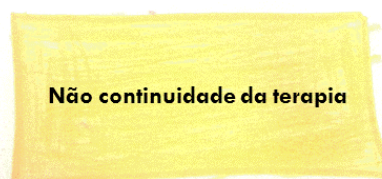
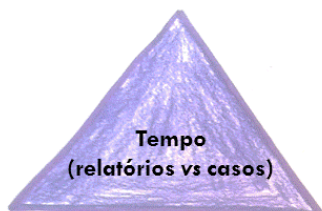


(Lúria, 1982 cit in Freitas, 2006; Fonseca, 2010; Lúria, 1982 cit in Oliveira, 2007; Scharoun et al., 2014; Patel, 2003)

INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO CONTEXTO ESCOLAR



DIFICULDADES





OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

Dúvidas?

Ana Baião

ana.lucia.lourenco.baiao@gmail.com

22 & 23 de Abril de 2016

Mestrado de Reabilitação Psicomotora
Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais